

Министерство здравоохранения
Свердловской области

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

**Для врачей акушеров-гинекологов
при работе с беременными женщинами
в ситуации репродуктивного выбора
(СРВ)**

**Екатеринбург,
2017**

УДК 618.2
ББК 57.16
И96

*По заказу Отдела организации медицинской помощи матерям и детям
Министерства здравоохранения Свердловской области*

Рецензенты:

Перцель Михаил Григорьевич, главный внештатный психотерапевт
Министерства здравоохранения Свердловской области.

Зильбер Наталья Александровна, кандидат медицинских наук,
главный акушер-гинеколог Министерства здравоохранения Свердловской области.

Авторы-составители:

Ицкович Марк Матусович, кандидат психологических наук,
доцент кафедры общей и социальной психологии Департамента психологии
ФГАОУ ВО «УрФУ имени первого Президента России Б.Н. Ельцина», организатор
психосоциальной службы Министерства здравоохранения Свердловской области.

Костарева Елена Николаевна, кандидат психологических наук,
доцент кафедры социальной психологии, конфликтологии и управления
Института психологии ФГБОУ ВО «УрГПУ», руководитель научно-методического
образовательного центра психосоциальной помощи беременным,
матерям и детям в трудной жизненной ситуации
Министерства здравоохранения Свердловской области.

Токарева Елена Александровна, психолог - консультант,
руководитель центра кризисной беременности ГБУЗ СО ГБ город Первоуральск.

И96 Методическое пособие для врачей акушеров-гинекологов по работе с женщинами
в ситуации репродуктивного выбора (СРВ) / авт.-сост. М.М. Ицкович, Е.Н. Костарева,
Е.А. Токарева. Екатеринбург: Издательский Дом «Ажур», 2017. 94 с.
ISBN 978-5-91256-364-5

Пособие предназначено для врачей акушеров-гинекологов, врачей общей практики, фельдшеров женских консультаций и ФАПов. В пособии даются основные знания и практики, необходимые для медико-социального консультирования беременных женщин, испытывающих сомнения в своем репродуктивном выборе. В пособии собраны и структурированы по группам основные сомнения женщин при репродуктивном выборе, даны рекомендации по собеседованию по каждой ситуации сомнения.

УДК 618.2
ББК 57.16

Подписано в печать 25.04.2017.

Формат 60x88/16. Усл. печ. л. 11,0. Тираж 100 экз.

Отпечатано в типографии ООО Издательский Дом «Ажур»
620075, Екатеринбург, ул. Восточная, 54, тел. (343) 350-78-28
E-mail: azhur.ek@mail.ru, <http://www.ajur.ur.ru>
Заказ № 26/04-2.

ISBN 978-5-91256-364-5

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
1. МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ	7
1.1. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПАЦИЕНТА В МЕДИЦИНЕ	9
2. КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНО ЗНАЧИМОЕ КАЧЕСТВО ВРАЧА.....	13
2.1. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, СНИЖАЮЩИЕ КОММУНИКАТИВНУЮ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ВРАЧА.....	13
2.2. ЛИЧНОСТЬ ВРАЧА КАК ФАКТОР ДОВЕРИЯ К НЕМУ ПАЦИЕНТА	15
2.3. МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ НАВЫКИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»	16
3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТРЕСС И СИНДРОМ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ»	20
4. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ	25
4.1. ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ.....	25
4.2. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БЕРЕМЕННОСТИ.....	26
4.3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ БЕРЕМЕННОСТИ.....	27
4.4. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ	28
4.5. ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД.....	29
5. ЖЕНЩИНА В СИТУАЦИИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ	31
6. ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА ПРИ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ЖЕНЩИН В СИТУАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА (СРВ)	37

7. ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВРАЧА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА В РАБОТЕ С ЖЕНЩИНАМИ В СИТУАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА (СРВ)	39
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	41
ЛИТЕРАТУРА.....	42
ПРИЛОЖЕНИЯ	43

ВВЕДЕНИЕ

Вопрос поддержки материнства и детства — это одна из самых острых проблем в современной России. Демографическая ситуация в стране остается сложной и неоднозначной, а потребительское отношение к жизни, наркомания, алкоголизм и другие социальные беды вытесняют из сознания людей традиционные представления о любви, ответственности за близких, за настоящее и будущее своей страны. Поддержка семьи, материнства и детства — это важная общенациональная задача, и от её решения будет зависеть, кто и как будет жить в ближайшие годы в стране.

Директор Московского НИИ неотложной детской хирургии и травматологии, доктор медицинских наук Леонид Михайлович РОШАЛЬ

Концепция демографической политики РФ на период до 2025 года направлена на сохранение репродуктивного здоровья, сокращение уровня смертности, увеличение рождаемости и продолжительности жизни населения, утвержденная Указом Президента Российской Федерации №1351 от 09.10.2007, . Основной задачей демографической политики РФ является повышение уровня рождаемости за счет рождения в семьях второго ребенка и последующих детей. Ее решение включает в себя реализацию комплекса мер по дальнейшему снижению числа прерываний беременности.

В настоящее время сохранение жизни каждого ребёнка, в том числе *еще не рожденного*, приобретает особое значение. Осуществление мероприятий по предупреждению аборт, проведение консультаций по вопросам социальной и психологической помощи женщинам, обращающимся по поводу прерывания беременности, формирование у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшая поддержка семьи в период беременности – одно из главных направлений деятельности специалистов, работающих в области охраны здоровья матери и ребенка.

Существует мнение, что основными причинами, побуждающими женщину принять решение об аборте, являются в большей степени социальные факторы: низкий жизненный уровень и доход семьи, отсутствие квартиры и другие. Опыт работы с пациентками, планировавшими проведение операции аборта, показывает, что определяющими решение являются причины психологического плана. В случаях, когда женщина говорит о материальных трудностях, семья просто не хочет терять привычный уровень комфорта, жертвовать собственным покоем и менять планы, отказываться от жизни «для себя». Нацеленность на достижения, успех, карьеру и потребительство вынуждает женщин идти против своей природы и считать аборт необходимостью. Поэтому рождение незапланированного ребенка представляется невозможным даже в том случае, когда женщина действительно его хочет. Она как будто бы попадает в ловушку, которую расставила сама же себе и не может самостоятельно найти из неё выход.

Опыт работы в области консультирования в ситуации репродуктивного выбора позволил выделить мотивы женщин решающих прервать беременность. Деление это произведено условно, так как женщины имеют целый комплекс взаимосвязанных причин, которые именно в своей совокупности субъективно «вынуждают» её решиться на аборт. (см. Схема «Проблемные зоны кризисной беременности»)

Таким образом, причины, проблемные зоны кризисной беременности носят внутренний, психологический характер, а это в свою очередь, делает очевидным необходимость квалифицированной психологической работы с женщинами, планирующими прервать беременность.

Проведение психологического консультирования пациентки с нежелательной беременностью сегодня становится острой необходимостью, также как и оказание квалифицированной помощи женщинам в кризисной ситуации. Ситуация незапланированной беременности для большинства женщин сама по себе является стрессовой. В состоянии стресса человек не всегда способен принимать взвешенные, осознанные решения, свободные от влияния страхов и эмоций.

При обращении пациентки с нежелательной беременностью в женскую консультацию, врач акушер-гинеколог также проводит мероприятия по подтверждению беременности и определению состояния здоровья пациентки. Одновременно с проведением обследования, женщине рекомендуется **консультирование в ситуации репродуктивного выбора (СРВ)**, которое проводит медицинский психолог женской консультации. Основная задача медицинского психолога – помочь женщине найти и задействовать внутренние и внешние ресурсы, необходимые для преодоления стоящих перед женщиной препятствий к рождению ребенка. После консультации медицинского психолога и обсуждения возможных вариантов в семье, пациентка вновь посещает врача акушера-гинеколога и окончательно принимает решение. В случае если пациентка принимает решение о прерывании беременности, в соответствии с существующим регламентом, врач оформляет медицинские документы, выдает заключение с результатами обследования и направление на аборт. В случае, если женщина принимает решение вынашивать беременность, она встаёт на диспансерный учёт по беременности, одновременно с чем проводится психологическое сопровождение.

Психологическая работа с пациентками продолжается и после принятия ими решения о вынашивании беременности. Женщины, отказавшиеся от аборта после консультации психолога, по желанию получают психологическую помощь на протяжении всей беременности по вопросам семейных отношений, воспитания детей, личностного роста.

1. МЕДИЦИНСКАЯ ДЕОНТОЛОГИЯ

Философская дисциплина, изучающая мораль и нравственность, называется этикой (от греч. *ethos* — обычай, нрав). Профессиональная этика — это принципы поведения в процессе профессиональной деятельности. Медицинская этика — это наука о нравственных началах в деятельности медицинских работников. Предметом её исследования является психоэмоциональная сторона деятельности медиков.

Медицинская деонтология (греч. *deon*, *deontos* - должное, надлежащее; *logos* - учение) — совокупность нравственных норм профессионального поведения медицинских работников. Деонтология изучает нравственное содержание действий и поступков медицинского персонала в конкретной ситуации. Термин «деонтология» предложен английским философом Бентамом (J.Bentham) в XIX для обозначения теории нравственности. В отечественную медицину термин «деонтология» ввёл выдающийся хирург Н.Н.Петров, распространив принципы деонтологии на деятельность медицинских сестер.

Понятия «медицинская деонтология» и «медицинская этика» не тождественны. Проблема долга — одна из основных проблем медицинской этики; соответственно медицинская деонтология является отражением этических концепций, но она имеет более прагматический и конкретный характер. Если медицинская этика не несет в себе специфики, обусловленной той или иной врачебной специальностью (не существует отдельной этики терапевта, этики хирурга и т.д.), то медицинская деонтология обрела черты специализации, обусловленные ее прикладным характером и взаимосвязью с той или иной медицинской профессией (различают деонтологию хирурга, гинеколога, педиатра, онколога, рентгенолога и т.д.). Следовательно, медицинская деонтология — есть часть медицинской этики, совокупность необходимых этических норм и предписаний для медицинских работников в осуществлении профессиональной деятельности.

В разные исторические эпохи у народов мира существовали свои представления о медицинской этике, связанные с укладом жизни, национальными, религиозными, культурными и другими особенностями. Гиппократ, «отец медицины», великий врач Древней Греции, неоднократно подчеркивал важность для медика не только способности к лечению, но и **неукоснительного следования требованиям этических норм**. Принято считать, что именно Гиппократ сформулировал основные принципы медицинской этики («Клятва», «Закон», «О врачах» и т.д.). Ему принадлежат изречения: «Где любовь к людям, там и любовь к своему искусству», «Не навреди». «Клятва Гиппократа» пережила века. Гиппократ впервые обратил внимание на вопросы должного отношения врача к родственникам больного, к своим учителям, взаимоотношений между врачами. Деонтологические принципы, сформулированные Гиппократом, получили дальнейшее развитие в работах Асклепиада, Парацельса, Галена и др. Огромное влияние на развитие медицинской деонтологии оказали врачи Востока. Ибн-Сина (Авиценна) — создатель «Канона врачебной науки», рассматривая различные стороны врачебной деятельности, подчеркивал неповторимость и индивидуальность людей, обращающихся за медпомощью: «... Каждый отдельный человек обладает особой натурой, присущей ему лично». Ибн-Сине также приписывают изречение: «Врач должен обладать глазом сокола, руками девушки, мудростью змеи и сердцем льва». Одной из главных идей «Канона врачебной науки» является необходимость предупреждения болезни, на что должны быть направлены усилия и врача, и больного, и здорового. [11]

Врачебная присяга, которую не дают представители ни одной другой мирной специальности, подчеркивает уникальность деятельности врача. Профессия врача предполагает органичное сочетание гуманизма, высоких нравственных качеств и глубоких профессиональных знаний. Многие медики правильно сознают свой моральный долг перед обществом. Большое значение наравне с требованиями к личности врача, его человеческим качествам (порядочности, честности, доброте), придавалось необходимости постоянного самоусовершенствования, ибо малоквалифицированный врач может нанести пациенту вред, что является грубым нарушением моральных норм врачевания.

Медицинская деонтология охватывает широкий круг проблем, связанных с взаимоотношениями медиков с пациентами, их близкими, со здоровыми людьми, а также между собой в процессе лечения пациента. Должное отношение врача к пациенту предполагает доброжелательность, сострадание, максимальную отдачу своих умений и знаний, основанных на высоком профессионализме и постоянном самосовершенствовании. Главный принцип в отношении врача к пациенту состоит в следующем: ***относись к заболевшему так, как хотелось бы, чтобы относились в аналогичном положении к тебе.***

Научно-технический прогресс обусловил возникновение ряда новых нравственных проблем в области медицинской деонтологии, в частности, касающихся отношений медиков между собой, что существенно сказывается на эффективности медпомощи. Научно-техническая революция и специализация в медицине резко увеличили число врачей и средних медработников, принимающих участие в лечебно-диагностическом процессе. Поэтому возросло значение сотрудничества между ними. Медицинская техника, аппаратура, многочисленные лабораторные анализы отдалили врача от больного и обезличили пациента. На фоне прогрессирующей специализации и улучшения технической оснащенности медицины может теряться не только целостное восприятие больного, но и интерес к нему как к личности. Это явление получило название ***дегуманизации медицины.*** Ухудшаются возможности психотерапии, часто возникают ситуации, когда лечат болезнь, а не больного. Все это создает предпосылки для нарушения изначальных принципов, служащих основой врачебной деятельности. В таких условиях потребность пациента в сердечном отношении к нему медиков еще более возросла. [22]

Аспектами медицинской деонтологии являются: взаимоотношения медиков с пациентом, его родственниками и медиков между собой. Основой взаимоотношений является слово, что было известно ещё в древности: «Лечить надо словом, травами и ножом», — считали древние целители. Умным, тактичным словом можно поднять настроение пациента, вселить в него бодрость и надежду на выздоровление и в то же время неосторожным словом можно глубоко ранить пациента, вызвать резкое ухудшение его здоровья. Важно не только, что говорить, но и как, зачем и где говорить. Более того, важно, как отреагирует тот, к кому обращается медицинский работник: пациент, его родственники, коллеги и т.д.

Одну и ту же мысль можно высказать по-разному. Одно и то же слово люди могут понять по-разному, в зависимости от своего интеллекта, личностных качеств и т.д. Не только слова, но и интонация, выражение лица, жесты имеют большое значение во взаимоотношениях с коллегами, пациентом, его родственниками. Медик должен обладать особой «чувствительностью к человеку», владеть эмпатией — способностью сострадать, ставить себя на место больного. Он должен уметь понять пациента и его близких, уметь слушать его «душу», успокоить и убедить. Это своего

рода **искусство**, причем нелёгкое. В разговоре с пациентом не допустимы: равнодушие, пассивность, вялость. Пациент должен чувствовать, что его правильно понимают, что медицинский работник относится к нему с искренним интересом.

Медик должен владеть культурой речи. Чтобы хорошо говорить, надо прежде всего правильно думать. Врач или медсестра, которые «спотыкаются» на каждом слове, употребляют жаргонные слова и выражения, вызывают недоверие и неприязнь. Деонтологические требования к культуре слова заключаются в том, что медицинский работник должен уметь: рассказать пациенту о болезни и её лечении; успокоить и ободрить его, даже находящегося в самом тяжелом положении; использовать слово как важный фактор психотерапии; употреблять слово так, чтобы оно явилось свидетельством общей и медицинской культуры; убедить пациента в необходимости того или иного лечения; терпеливо молчать, когда этого требуют интересы пациента; не лишать его надежды на выздоровление; владеть собой во всех ситуациях.

В общении с пациентом не следует забывать о следующих коммуникативных приемах: **всегда внимательно выслушивать пациента**; задав вопрос, обязательно дожидаться ответа; излагать свои мысли просто, ясно, доходчиво, не злоупотреблять научными терминами; уважать собеседника, не допускать презрительных мимики и жестов; не перебивать пациента; поощрять стремление задавать вопросы, отвечая на них, демонстрировать заинтересованность в мнении пациента; сохранять хладнокровие, быть терпеливым и терпимым.[11]

Основные этические принципы в медицине.

- Главным этическим принципом в медицине является **принцип «не навреди»**. Так, Гиппократ в труде «Клятва» прямо указывает: «Я направлю режим больных к их выгоде, сообразно моим силам, воздержусь от причинения всякого вреда и несправедливости. Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла».
- **Принцип уважения автономии пациента** (близок к принципу информированного согласия) означает, что пациент сам, независимо от медиков, должен принимать решение относительно лечения, обследования и т. д. При этом у пациента нет права требовать от врачей принять решение за него, если только пациент не в бессознательном состоянии, чтобы потом не привлекать врачей к ответственности за неправильное лечение.

1.1. НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА ПАЦИЕНТА В МЕДИЦИНЕ

Человек, приходящий на прием к врачу либо поступающий на лечение в стационар, оказывается в непривычной для него обстановке, которая изобилует отрицательно влияющими на него факторами, - миелогениями. Е. М. Тареев эти теневые стороны больничного лечения назвал **госпитализмом**. Предупредить появление миелогений можно путем создания благоприятной обстановки в лечебном учреждении. Это зависит от самого пациента, окружающих его других пациентов и медперсонала.

Различают следующие **виды миелогений**:

1. **Эгогении**— отрицательное влияние больного на самого себя, обусловленное, как правило, восприятием болезненных проявлений самим больным;
2. **Эгротогении** — неблагоприятное влияние одного больного на других больных в процессе их общения, когда больной верит другому больному больше, чем врачу (особенно вредно, когда имеет место отрицательная личностная основа у того, кто оказывает влияние);
3. **Ятрогении** [от греч. *yatros* — врач и *γενναο* — порождаю] — неблагоприятное воздействие на больного со стороны медицинских работников в процессе обследования и лечения.

Специфика ятрогении в том, что эмоциональное потрясение подобного рода может случиться с индивидом только во время его взаимодействия с **врачом** или другим медработником, то есть в те периоды жизни, когда ему пришлось обратиться за медицинской помощью и стать **пациентом**.

Это понятие впервые упомянуто немецким психиатром **О. Бумке** еще в **1925** году в работе «Врач как причина душевных расстройств».

Ятрогения случается по причине неправильных, неадекватных, неквалифицированных действий или слов врача, осуществляющего ненамеренное (а может быть и намеренное) внушающее воздействие на пациента.

Ятрогенные заболевания чаще всего выражаются в **двух формах**:

1. **Депрессии** – психическое расстройство, характеризующееся пониженным настроением, торможением умственной и физической деятельности, снижением жизненных побуждений, пессимистическими оценками своего «Я» и жизненной ситуации, соматоневрологическими расстройствами.
2. **Ипохондрии** – чрезмерное внимание к своему здоровью, страх перед неизлечимыми болезнями, убежденность в наличии болезни при ее отсутствии и неверие в избавление от реальной болезни (даже не слишком опасной).

Различают следующие виды ятрогении (при этом следует помнить, что могут быть и «немые» ятрогении, которые возникают в результате бездействия):

- **Ятропсихогении** — психогенные расстройства, возникающие как следствие деонтологических ошибок медицинских работников (неправильных, неосторожных высказываний или действий);
- **Ятрофармакогении** (или медикаментозные ятрогении) — неблагоприятные воздействия на пациента в процессе лечения медикаментами, например, побочное действие лекарственных средств, аллергические реакции и т.д.;
- **Ятрофизиогении** (манипуляционные ятрогении) — неблагоприятные воздействия на пациента в процессе обследования (например, перфорация пищевода в ходе фиброгастроскопии) или лечения (например, язвы на коже в результате проведения лучевой терапии) и т.д.;

- **Комбинированные ятрогении. [11]**

Профилактика и лечение ятрогении

Ятрогения – болезнь, которая является одной из самых острых проблем современной медицины, наряду с эвтаназией, абортами, суррогатным материнством и другими. Это все не просто медицинские, это **этические** проблемы.

Профессия врача одна из самых психологически сложных. Бесстрашие и хладнокровие должно сочетаться с умением быть приветливым, участливым, внимательным, готовым всегда прийти на помощь любому человеку в любую минуту.

Равнодушие, невнимательность, пренебрежительное отношение к пациентам лишь усиливают те чувства, с которыми они обычно приходят:

- волнение,
- тревога,
- растерянность,
- суетливость,
- грусть,
- физическая боль.

Для профилактики ятрогении, по большому счету, нужна лишь малость – приветливое общение, гарантия сохранения медицинской тайны и участливое отношение доктора к пациенту. Встретить пациента с **улыбкой** – уже в некоторой степени защитит его от возможного эмоционального потрясения.

Также медицинским работникам рекомендуется не забывать повышать свою квалификацию.

Если врачи станут немного психологами и будут лечить не заболевание, а человека, то профилактика ятрогенных заболеваний не потребуется.

Особенности медицинской деонтологии в акушерстве и гинекологии обусловлены следующими факторами:

- медицинская деятельность в акушерстве и гинекологии неизбежно связана с вмешательством **в интимную сферу жизни пациентки;**
- для женщины чрезвычайно значимы вопросы здоровья, связанные с деторождением, очень часто они становятся для нее главными (особенно в случаях какой-либо гинекологической или акушерской патологии);
- психическое состояние беременной женщины часто неустойчиво, зависимо от многих факторов (отношения к беременности в семье, типа личности беременной, исхода предыдущих беременностей, социальных факторов и т.д.). Эта неустойчивость может выражаться повышенной тревожностью перед родами (страх перед предстоящими страданиями, исходом родов и

т.д.), нарушением поведения роженицы из-за неадекватной оценки ситуации (у эмоционально неустойчивых женщин с плохой переносимостью боли), большой вероятностью развития в послеродовом периоде депрессии (тревога, сниженное настроение вплоть до самоубийства) и т. д. Поэтому очень важно, *чтобы с первых минут контакта медика и пациентки (особенно беременной) у нее создалось впечатление, что ей хотят помочь.* Медицинскому персоналу с первых минут контакта с женщиной необходимо **правильно оценить ее эмоциональное состояние.** Чтобы снизить эмоциональную напряженность, можно позволить женщине свободно рассказать о своих переживаниях или переключить ее внимание на другие предметы. Медицинским работникам надо быть особенно осторожными в **высказываниях, относительно прогнозов состояния половой сферы и детородной функции женщины.** Часто, особенно со стороны будущих матерей-одиночек, по отношению к медицинскому персоналу может иметь место раздражительность, недовольство, агрессия. Но при этом медицинские работники должны понимать, что эти отрицательные эмоции не направлены именно на них, а являются следствием собственных проблем такой женщины. Главной задачей медиков в любом случае является необходимость избегать конфликтов путем «принятия» этих эмоций, сочувствием и т.п. Если женщина не считает нужным информировать супруга о состоянии своего «женского» здоровья, то врач в таких случаях вмешиваться не должен.[11]

2. КОММУНИКАТИВНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ КАК ПРОФЕССИОНАЛЬНО ЗНАЧИМОЕ КАЧЕСТВО ВРАЧА

Профессия врача предполагает в той или иной степени выраженное интенсивное и продолжительное общение: с пациентами, их родственниками, медицинским персоналом от медицинских сестер и санитарок до главврачей и руководителей медицинских учреждений. От умения общаться, устанавливать и развивать взаимоотношения с людьми во многом зависит профессиональная успешность врача. Хороший психологический контакт с пациентом помогает точнее собрать анамнез, получить более полное и глубокое представление о пациенте. Умение общаться, или *коммуникативная компетентность*, обеспечивает взаимопонимание, доверие в отношениях, эффективность в решении поставленных задач. Если пациент доверяет своему врачу, не сомневаясь в правильности диагностики и адекватности терапии, то он будет выполнять назначения, пройдет все необходимые диагностические и терапевтические процедуры.

Коммуникативная компетентность предполагает не только наличие определенных психологических знаний (например, о типах личности, о способах переживания и реагирования на стресс у разных людей в зависимости от типа темперамента, о специфике связи между типами телосложения и особенностями психического склада личности и т. п.), но и сформированность некоторых специальных навыков: умения устанавливать контакт, слушать, «читать» невербальный язык коммуникации, строить беседу, формулировать вопросы. Важны также умение владеть собственными эмоциями, способность сохранять уверенность, контролировать свои реакции и поведение в целом. Адекватная коммуникация предполагает правильное понимание пациента и соответствующее реагирование на его поведение. Независимо от того, в каком душевном состоянии находится пациент, испытывает ли он гнев или печаль, беспокойство, тревогу или отчаяние, врач должен уметь с ним взаимодействовать, адекватно строить отношения, добиваясь решения профессиональных целей и задач.[19]

2.1. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, СНИЖАЮЩИЕ КОММУНИКАТИВНУЮ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ВРАЧА

Профессиональная деятельность врача связана с разработкой стратегии и тактики терапевтического воздействия и, следовательно, требует умения прогнозировать события, предвосхищая возможные варианты развития заболевания, осложнения, последствия фармакологического лечения. В этой связи важно наличие у врача такой характеристики, как *тревожность*, которая влияет на его прогностические возможности, выполняя в зависимости от степени выраженности как адаптивную, так и дезадаптивную роль.

Тревога - это эмоция, направленная в будущее, связанная с прогнозированием, предвосхищением, ожиданием возможных неудач, с формированием соответствующих отношений и установок. Как правило, эмоция

тревоги возникает в ситуациях неопределенности и ожидания, обусловленных дефицитом информации и труднопрогнозируемым исходом. Легкая степень тревоги (беспокойство) - обычная реакция на неопределенность, сигнализирующая о возможной опасности и выполняющая в этом случае адаптивную функцию. Мобилизация под воздействием эмоции тревоги адаптивных, компенсаторных и защитных механизмов позволяет более эффективно противостоять возможной опасности. Тревожность в качестве свойства личности позволяет врачу чутко реагировать на изменения в состоянии пациента и вовремя принимать необходимые меры. Больным это воспринимается как понимание со стороны лечащего врача, его не только профессиональная, но и эмоциональная поддержка, что повышает эффективность коммуникации «врач - пациент». Однако интенсивная степень эмоции тревоги (страх, паника, ужас) выполняет по отношению к познавательной деятельности дезорганизующую, разрушающую функцию, парализуя продуктивную работу психических процессов. Интенсивная тревога мешает адекватно оценить ситуацию, определить возможные варианты ее развития и выбрать наиболее правильное при данных обстоятельствах решение. Страх, паника у врача прерывают его коммуникацию с пациентом, разрушают психологический контакт между ними. Тревога у врача «передается» пациенту и дополнительно дезорганизует его. Под влиянием тревоги могут нарушаться различные функции организма, что провоцирует, например, нарушения сна, снижение аппетита, либо, напротив, его повышение. Врачи с высокой личностной тревожностью, склонные реагировать на любые изменения повышением тревоги, обычно малопривлекательны для пациентов, избегающих общения с ними и предпочитающих более стабильных и эмоционально уравновешенных врачей.

Другой характеристикой врача, способной разрушить его коммуникацию с пациентом, может быть **депрессивность**. Если эмоция тревоги направлена в будущее, то депрессия связана с переживанием прошлого, когда в воображении вновь и вновь возникают образы пережитых конфликтов, психотравмирующих событий. Прошлое представляется сплошной цепью неудач и неприятностей, формируя ощущение безысходности, безнадежности, которое проецируется в будущее. Утрачивается перспектива, жизнь окрашивается переживанием собственной ущербности, неполноценности. Врач, имеющий склонность к депрессивным реакциям, не вызывает доверия пациентов. Наблюдая, как лечащий врач на любую, самую незначительную неудачу, неточность, ошибку реагирует чувством вины, пациент начинает подозревать его в некомпетентности, перестает ему верить. Погруженный в собственные переживания врач может не заметить улучшения в состоянии пациента, вовремя не поддержать его, подчеркнув симптомы выздоровления и, напротив, «заражает» своего пациента тоскливой безнадежностью, разрушая позитивные эффекты проявленной терапии.

Еще одна психологическая характеристика, затрудняющая установление доверительных отношений «врач - пациент» - глубокая **интровертированность** врача. Интроверсия — термин, введенный в психологию Юнгом, определяется как направленность субъекта на самого себя, обращенность к собственным ощущениям, переживаниям, познавательным конструкциям, вследствие чего субъект по-

своему, субъективно интерпретирует окружающий мир. Интроверт ориентируется на собственные ценности, идеалы, убеждения, моральные и этические нормы. Интровертированная личность, погруженная в свой психологический мир, занятая собой, своими чувствами, идеями, впечатлениями, мало интересуется другими людьми, обнаруживая беспомощность в ситуации, требующей взаимодействия и сотрудничества с окружающими. Как правило, интровертированность сопровождается недостатком интуиции, чуткости, тактичности в межличностных отношениях, низким уровнем эмпатии с недостаточной способностью откликаться на боль и страдание другого, отзываться на беспокойство и тревогу. [20]

2.2. ЛИЧНОСТЬ ВРАЧА КАК ФАКТОР ДОВЕРИЯ К НЕМУ ПАЦИЕНТА

Профессия врача предъявляет к личности требования, связанные с эмоциональными перегрузками, частыми стрессовыми ситуациями, с дефицитом времени, с необходимостью принимать решения при наличии ограниченного объема информации, с высокой частотой и интенсивностью межличностного взаимодействия. По роду профессиональной деятельности врач сталкивается со страданием, болью, умиранием, смертью.

Работа врача — особый вид деятельности, характеризующийся состоянием постоянной психологической готовности, эмоциональной вовлеченности в проблемы окружающих, связанные с состоянием их здоровья практически в любых ситуациях, предполагающих межличностное взаимодействие. Формальное отношение к потенциальному пациенту в этом смысле может означать для врача **эмоциональную изоляцию** и **публичное одиночество**, что быстро приводит к монотонии и скуке.

С психологической точки зрения болезнь может рассматриваться как ситуация неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом, одна из наиболее психологически трудных жизненных ситуаций, частой эмоциональной реакцией на которую является страх. Как эмоция, направленная в будущее, связанная с ожиданием, предвосхищением, предвидением возможных неудач, эмоция страха является своеобразной программой неуспеха и поэтому «запускает» часто целый комплекс негативных эмоций. Эту ситуацию переживает пациент, в эту ситуацию «входит» врач, который может уменьшить степень информационной неопределенности путем тщательной диагностики, но контролировать в полной мере «человеческий фактор» возможности не имеет.

В. А. Ташлыков подчеркивает, что для пациента более значимо эмпатическое реагирование врача, чем его ролевое поведение. Однако следует также иметь в виду, что, как показывает опыт, при очень высоком уровне эмпатии врачу часто свойственно болезненно развитое сопереживание, тонкое реагирование на настроение собеседника, наличие комплекса вины из-за опасения причинить другим людям беспокойство. Повышенная психологическая уязвимость и ранимость — качества, препятствующие выполнению профессионального ролевого поведения, с

недостаточной выраженностью таких свойств, как решительность, настойчивость, целеустремленность, ориентация на перспективу. Избыточное эмпатическое вовлечение в переживания пациента приводит к эмоциональным перегрузкам, эмоциональному и физическому истощению с астенизацией и частыми простудными заболеваниями. Этот феномен описан в литературе под названием **«синдром эмоционального сгорания»**. Очевидно, следует формировать определенный баланс эмпатического и сензитивного потенциалов в качестве предпосылки психологического благополучия и профессиональной успешности врача.

Помимо исполнения своих непосредственных профессиональных обязанностей, врач должен уметь оказывать необходимую эмоциональную поддержку, как пациенту, так и коллегам по работе.[22] Главным в предоставлении психологической помощи другому человеку при этом должно являться укрепление пациента в его способности самостоятельно разрешать свои проблемы, в частности, за счет активизации внутренних психологических ресурсов [13]. Важная роль специфического психотерапевтического потенциала врача к настоящему времени представляется уже бесспорной.

В этом плане, в частности, представляет интерес предложенная Х. Хекхаузенем модель психологической помощи, которая включает в себя четыре основных аспекта:

1. готовность к эмоциональному сопереживанию внутреннему состоянию другого человека;
2. способность учитывать последствия своих действий для других людей;
3. личностные нормы, задающие эталоны оценки субъектом своего альтруистического поступка;
4. тенденция приписывать ответственность за совершение или несовершение альтруистического действия себе, а не другим людям и внешним обстоятельствам. [24]

2.3. МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ НАВЫКИ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ «ВРАЧ-ПАЦИЕНТ»

Навыки межличностных отношений врач-пациент относятся к числу главных навыков, которые позволяют создавать **эффективные партнерские взаимоотношения**. Тренировка этих навыков должна иметь своей целью достижение базового уровня компетентности в следующих областях.

Адекватное вещественное окружение

Необходимость в создании адекватного вещественного окружения определяется тем, что это увеличивает степень уединенности, комфорта и внимания к пациенту. Небольшие детали, такие, как оформление места, где сидит

собеседник так, чтобы обстановка не была травмирующей и не увеличивала бы дистанцию, либо наличие штор, что создает чувство уединенности, будут способствовать более успешному результату интервью.

Приветствие пациентов

Приветствие пациентов способом, приемлемым по культурным нормам в соответствии с их возрастом, полом и т. д., будет способствовать сохранению чувства собственного достоинства и поощрять их к участию в беседе. Использование имени пациента уместно, когда он знаком врачу, при этом врач подает соответствующий сигнал о том, что он узнал собеседника («Как поживает Ваша семья?», «Как Вы провели праздники?». «Сегодня Вы выглядите лучше» и т.д.).

Активное слушание

Оно включает использование как вербальных (словесных), так и невербальных коммуникационных приемов. Врач должен отчетливо сигнализировать о том, что все его внимание сосредоточено на пациенте, и делать это взглядом — путем посылки сигналов, обозначающих, что информация принимается и контакт должен быть продолжен, киванием головой, фразами типа «верно», «понимаю» и т. д. Желание активно слушать лучше всего демонстрировать также путем использования открытых вопросов, что может подтолкнуть собеседника к более полным ответам.

Эмпатия, уважение, заинтересованность и поддержка

Врачам следует подавать пациентам четкие и ясные сигналы, говорящие об их заинтересованности в восприятии проблемы пациента и того, какое влияние эта проблема оказывает на их собственную жизнь, беспокоит ли она их, в чем состоят их надежды и ожидания. Врачи могут подтвердить свою сконцентрированность на пациенте фразами типа «Это должно быть неприятно для Вас» и должны задавать вопросы, исследующие восприятия пациентом проблемы «Беспокоят ли Вас мысли об операции?». Врач также должен быть обучен тому, как демонстрировать уважение, интерес, теплоту и поддержку, включая сюда и способность к «несудебному» (то есть свободному от стремления судить или осуждать) отношению к пациенту.

Язык

Врачи должны постоянно контролировать количество используемых ими жаргонных слов и выражений с тем, чтобы избегать этого. Врачи должны также постоянно контролировать степень сложности языка, который они используют для своих объяснений, в частности, объяснений диагноза и причин, которые привели к болезни, а также предложений по поводу лечения и причин, на которых основываются эти предложения.

Для врачей очень важно также постоянно контролировать использование потенциально устрашающих слов. Так, слова «рак», «вздутие» и т.д., даже использованные в позитивном смысле («Мы можем исключить рак»), иногда способны в большей степени вызвать страх, чем успокоить.. Врачи должны также постоянно оценивать ясность и определенность, с которой они высказывают свои мнения, для того, чтобы пациенты, с одной стороны, не были бы введены в заблуждение ложной определенностью, с другой, не остались бы с определенными сомнениями по поводу умственных способностей своего врача.

Взаимоотношение сотрудничества

Важно, чтобы пациент мог чувствовать, что врач ясно понимает его нужды и готов к тому, чтобы работать вместе с пациентом для их удовлетворения. Это произойдет в том случае, если план лечения является результатом тщательного объяснения возникших мнений и полного осознания нужд пациента, что ведет к информированному обсуждению условий данного плана.

Закрытое интервью

В дополнение к навыкам создания вещественной обстановки, начала и продолжения интервью, столь же важным является и способ его завершения. Врач должен подать ясный сигнал о том, что интервью движется к своему завершению, обычно путем суммирования того, что было сказано, и того, что в ходе его обсуждалось.

Навыки сбора информации

Главная, решающая часть взаимоотношений «врач – пациент» состоит в способности извлечения информации у пациента. Основными навыками, необходимыми для облегчения процесса сбора информации, являются те, которые помогают облегчить вовлечение пациента в медицинское интервью способом, позволяющим врачу добиться правильной постановки диагноза, определения симптомов или проблем пациента.

Использование правильного баланса открытых и закрытых вопросов

Открытые вопросы приглашают собеседника к широкому распространенному ответу, а не к ответу типа «да»/«нет». В целом, открытые вопросы, такие, например, как «Расскажите мне, пожалуйста, о Вашей боли», представляют собой лучший способ для извлечения информации, чем вопросы закрытые такие, как «Эта боль постоянная?» Открытые вопросы особенно полезны, когда пациентов просят описать их проблемы; в начале консультации необходимо предоставить возможность сделать это с самыми минимальными попытками вмешиваться в их изложение.

Молчание

Необходимо научиться правильному использованию молчания как способа вдохновить пациента высказаться как можно более полно, затронуть сложные темы и вспомнить важные сведения.

Последовательность событий

После того, как будет получено широкое и полное описание ситуации, необходимо изучить вопрос, как помочь больному расположить события и поступки в правильной последовательности с тем, чтобы получить логическую картину ситуации, в которой пациент оказался.

Управление потоком информации

Безусловно, предоставление пациентам возможности для свободного общения является важным. В то же время пациента надо научить сохранять контроль над интервью в своих руках путем тактичного направления беседы в сторону диагностики проблемы.[20]

Навыки для мотивации пациента быть приверженным лечебному плану

Описанные выше навыки передачи информации повысят готовность пациента следовать планам лечения благодаря тому, что они в большей степени гарантируют понимание пациентом соответствующей информации о диагнозе и предлагаемом лечении. Дополнительные пути для усиления согласия пациента следовать плану лечения описываются ниже. Данный перечень включает навыки для стимуляции сдвигов в поведении, так как согласие пациента с лечебным планом может потребовать от него внести существенные изменения в свою диету, жизненный стиль или распорядок дня как на короткий, так и на продолжительный период времени.

- Предоставление рационального обоснования того, почему надо изменить поведение.
- «Подгонка» лечения к индивидуальным особенностям жизненного стиля пациента.
- Противодействие преградам, стоящим на пути изменения поведения.
- Приведение примеров, которые могут служить ролевыми моделями.
- Предоставление врачу возможности для повторного пересказа деталей режима лечения.
- Обратная связь (позитивное подкрепление конструктивных изменений в поведении, достигнутых со времени ранее проходивших консультаций).
- Понимание того, как пациент объясняет свою болезнь, и учет этих выражений при общении с ним.[20]

3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СТРЕСС И СИНДРОМ «ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ»

Синдром «эмоционального (или психического) выгорания» (СЭВ) определяют как состояние физического, эмоционального и умственного истощения, включающее развитие отрицательной самооценки, негативного отношения к работе, утрату сочувствия, сострадания и понимания по отношению к пациентам и их близким.

Клинические проявления профессионального стресса, по определению К. Маслач и С. Джексона, как правило, включают следующие компоненты [19]:

1. **Собственно эмоциональную истощённость**, заключающуюся в «уплощённости» эмоционального фона с некоторым преобладанием негативных эмоций, в сочетании с болезненным ощущением затруднённости переживания ярких эмоций. Такое состояние человек субъективно напрямую связывает с собственной работой.
2. **Цинизм** — холодное, бесчувственное, негуманное отношение к пациенту, усмотрение в нём не живого человека, а лишь «организма», объекта действий.
3. **Редукция профессиональных достижений** — обесценивание своего профессионального опыта, чувство собственной некомпетентности, профессионального неуспеха, отсутствия перспектив.

В начале развития СЭВ наблюдается длительное нервное напряжение, повышенная тревожность человека. Далее на этом фоне присоединяются неадекватные избирательные эмоциональные реакции, невыполнение профессиональных обязанностей. В последующем наблюдается падение общего энергетического тонуса и ослабление нервной системы.

При выполнении работы в стрессовой обстановке наступает мобилизация внутренних ресурсов, что может вызвать острые нарушения или поздние последствия. Согласно данным исследования возникновения и развития стресса канадского физиолога Х. Силье на протяжении 3-х первых лет воздействия факторов стресса число острых состояний и реакций возрастает, а затем приобретает хронический характер [19].

В работе С.А. Бабанова выделены 3 типа работников, которым угрожает синдром выгорания [19]:

1. Педантичный, характеризуется добросовестностью, излишней аккуратностью, стремлением добиться образцового порядка;
2. Демонстративный – тип, стремящийся первенствовать во всем, всегда быть на виду;
3. Эмоциональный, включающий впечатлительных и чувствительных людей.

Впервые термин «синдром выгорания сотрудников» для описания психологического состояния был использован американским психиатром Х. Фрунденбергера в 1974 году. Им у волонтеров службы психического здоровья были выявлены разочарования в работе, эмоциональное и психическое истощения, которые определили как «поражение, истощение, износ, происходящий в человеке вследствие завышенных требований к собственным ресурсам и силам» [19].

Врачи и другие работники медицинской сферы находятся в особой группе риска в части развития синдрома эмоционального выгорания. Проявление СЭВ напрямую связано со следующими параметрами:

- *Полом (как правило, женщины-хирурги более подвержены СЭВ, чем мужчины-хирурги, а у мужчин-гинекологов данный синдром встречается чаще, чем у женщин данной профессии);*
- *Видом деятельности (более подвержены хирурги, терапевты, акушер-гинекологи, психиатры);*
- *Стажем работы (у врачей со стажем работы более 15 лет СЭВ проявляется чаще, чем у работников со стажем менее 15 лет);*
- *Занимаемой должностью и удовлетворенность ею (соответствие должности человека его личностным запросам и представлениям);*
- *Количеством времени, уделяемым работе (например, количеством дежурств);*
- *Уровнем личностной тревожности;*
- *Уровнем эмоциональной стрессоустойчивости;*
- *Межличностными отношениями в коллективе;*
- *Типом лечебно-профилактической организации (чаще страдают СЭВ работники государственных медицинских учреждений, сотрудники стационара);*
- *Наличием брака (врачи-женщины таких специальностей, не состоящие в браке, больше подвержены выгоранию, чем их замужние коллеги);*
- *Состоянием климата в семье.*

Прохождение специальных тренингов и тестов как во время обучения, так и в процессе дальнейшей работы, направленных на развитие эмоциональной и психологической стрессоустойчивости, позволят препятствовать формированию «синдрома эмоционального выгорания» (СЭВ), часто встречающегося у медицинских работников, послужат предупреждением заболеваний нервной системы и психических расстройств.

Признаки синдрома выгорания:

- Нежелание идти на работу.
- Чувство усталости.
- Раздражительность, раздражительная слабость.
- Конфликты на работе.
- Обидчивость.
- Снижение инициативности.
- Чувство одиночества и разочарования.
- Возможны расстройства сна, аппетита, головные боли.

Безусловно, только на основании перечисленных симптомов диагностировать синдром выгорания невозможно. Для этого разработаны специальные тесты (См. Приложение 2 Методика диагностики уровня эмоционального выгорания (В.В.Бойко))

Синдром выгорания особенно опасен тем, что на фоне нарастающих проблем человек, вместо того, чтобы начать анализировать проблему и решать ее, замыкается в себе, бездействует, отдаляется от людей, чем еще больше усугубляет болезненное состояние.

Синдром выгорания: что делать

Синдром выгорания, как показали исследования, имеет еще одну неприятную особенность: в отличие от насморка или «простуды», он не исчезает самостоятельно. Чтобы от него избавиться, надо приложить усилия. Конечно, идеальным вариантом было бы посещение психолога и прицельная работа с ним по данному вопросу. Однако далеко не все мы можем себе позволить такую форму помощи. Поэтому попробуем последовать знаменитой заповеди «Врачу, исцелись сам!».

Синдром выгорания возникает перегрузки из-за отсутствия переработки и трансформации этого материала на фоне информационной и эмоциональной.

Поэтому выход один – учиться управлять эмоциями и расслабляться, качественно анализировать массивы информации и правильно расставлять приоритеты, как в ежедневной работе, так и в перспективе.

Важно учитывать следующие:

1. Синдрому выгорания интроверты подвержены больше, чем экстраверты – это связано с тем, что интровертам не свойственно «обнародовать» эмоции.

Выход: осознанно учиться говорить о своих эмоциях. Кому-то легче поделиться наболевшим с незнакомыми людьми (в транспорте, на отдыхе, в интернете), кому-то – с самими собой (дневники), а кто-то предпочитает открыться близким. Ищите форму, которая устроит именно вас. Это необходимо для вашего здоровья. Иначе хронический стресс, не имея возможностей для выхода, будет накапливаться.

2. Синдром выгорания во многих случаях возникает от осознания того, что в ежедневной практике нарушена «золотая пропорция» соотношения затраты/вознаграждения (примите во внимание: вознаграждение может быть не только материальным).

Выход: проанализируйте, каковы ваши ожидания от работы и насколько она их оправдывает, а затем честно ответьте себе, что необходимо для того, чтобы профессиональная деятельность приносила истинное удовлетворение.

У каждого из нас есть потребность в достижениях, повышении комфорта, доходов, статуса. Если мы долго не получаем того, к чему стремимся, у нас возникает раздражение и неудовлетворенность, приводящие к синдрому профессионального выгорания. Поэтому в рамках борьбы с синдромом выгорания не стоит идти на компромисс с собой или игнорировать собственные желания – нужно следовать за мечтой.

3. Синдром выгорания может вызвать и определенная монотонность ежедневного распорядка: схема работа-дом-работа, типичная для врача, комфортна далеко не для каждого.

В этом случае вспомогательными способами компенсации синдрома профессионального выгорания является спорт, хобби, общение с близкими, поездки на курорты. А еще дыхательные техники, аутогенные тренировки, ограничение приема алкоголя и кофе, ароматерапия и пр.

Также очень полезно учиться разделять работу и все, что с нею не связано. Не позволяйте себе заниматься профессиональными проблемами вне рабочего дня. Делайте тайм-ауты во время работы – *перерывы на 5-10 минут каждые 2 часа*. В перерывах запретите себе мысли на «рабочую тему». Лучше глубоко подышите, или просто представляйте перед собой лист белой бумаги. Эти меры помогут быстрее и легче «стабилизироваться», и, следовательно, справиться с синдромом профессионального (эмоционального) выгорания.

Но не тяните долго с оказанием себе помощи, потому что процесс саморазрушения может зайти слишком далеко. И тогда вам уже без консультаций специалиста-психолога будет трудно обойтись. В запущенных случаях может понадобиться даже лекарственная терапия – седативные препараты, антидепрессанты.

А в целом, даже «знакомство» с синдромом выгорания можно обернуть себе на пользу. Справившись с синдром выгорания, можно вовремя выявить его у себя и близких и с честью преодолеть.

4. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БЕРЕМЕННОСТИ

4.1. ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

Период беременности считается важным для последующего развития ребёнка как с физиологической, так и с психологической точки зрения. Именно в это время закладываются его эмоциональные связи с матерью и отцом, характер которых сказывается на их взаимоотношениях после рождения, на формирование родительских стереотипов. Доказанным является факт единства гормональных систем матери и плода, что создает предпосылку для реализации их взаимного влияния, то есть психоэмоционального состояния матери – на ребёнка и ребёнка – на мать. Известный психиатр Станислав Грофф, анализируя опыт своей практической деятельности, приходил к выводу о том, что еще не рождённый ребёнок воспринимает такие возникающие во время беременности психологические состояния, как хроническая тревожность, напряженность и эмоциональный стресс матери, и эти пренатальные впечатления переходят на уровень подсознания. Исследования доктора Скотта еще в 1957 г. показали, что психологические осложнения и межличностные конфликты, провоцирующие стрессовые состояния у беременных женщин, могут вызывать формирование синдрома отставания психического развития и резкое ослабление здоровья будущего ребёнка. [18]

Период беременности может рассматриваться как этап развития личности и как стадия формирования материнства. Беременность затрагивает все сферы жизни женщины и предполагает телесные перемены, изменение семейного и профессионального статуса, системы отношений с окружением, структуры деятельности, перспективы жизни в целом.

Даже нормально протекающая беременность может сопровождаться амбивалентными психологическими переживаниями. Наряду с положительным отношением к будущему ребёнку возможно беспокойство, страх неизвестности. Это способствует формированию отрицательного отношения к ребёнку. [7]

Многие исследователи рассматривают беременность, в особенности первую, как кризис развития, который включает не только соматические, но и глубокие психологические изменения, поскольку подразумевает трансформацию социальной ситуации развития – конец существования женщины как независимого отдельного существа и начало неперенных и бесповоротных отношений материнства. Беременность ставит новые эмоциональные и поведенческие задачи, решение которых будет определять адаптацию к следующим фазам развития: материнству и старению в менопаузе. [8] Подход к беременности как к кризису возможен и на основе идей отечественных психологов, в частности Л.С. Выготского. Беременность, особенно первая, может быть рассмотрена как распад старой и возникновение новой социальной ситуации развития, внутри которой возникают психологические новообразования. Психологический анализ периода беременности в контексте возрастного изменения предполагает изучение таких

психологических новообразований, как телесный опыт, появляющийся в связи с происходящей в организме перестройкой и с движениями плода, и эмоциональный опыт, связанный со становлением родительского отношения. [1]

4.2. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БЕРЕМЕННОСТИ

С возникновением первого симптома беременности – определение задержки менструального цикла – у женщины начинается формирование так называемой **внутренней картины беременности** – сложного психического феномена, содержащего как интрацептивное восприятие изменений, так и индивидуальные смыслы будущего материнства и соответствующие этим смыслам аффекты. [2]

Внутренняя жизнь беременной претерпевает непрерывную эволюцию. Параллельно осознанию телесных изменений, нарастающих по мере увеличения срока беременности, у женщины постепенно развивается эмоциональное отношение к ребёнку, возникновение нового сенсорного опыта, связанного с движениями формирующегося плода, заставляет женщину признать его отдельным человеческим существом со своей собственной жизнью.[3] Начиная с этого времени, можно говорить о становлении родительского отношения, которое определяется как целостная система, включающая разнообразные чувства по отношению к ребёнку, особенности восприятия и понимания характера ребёнка и его поступков, а также поведенческие стереотипы, практикуемые в общении с ним. [9,10]

Исходя из этого, можно предположить, что субъективное значение материнства и возникающее уже во время беременности родительское отношение к ребёнку определяют формирование внутренней картины беременности и смысловую организацию телесного и эмоционального опыта.

Образ будущего ребёнка начинает строиться с момента подтверждения беременности, а затем постепенно «обрастает» определенными ожиданиями и представлениями, возникает внутренний диалог матери с ним.

Поскольку беременность должна рассматриваться, прежде всего, как условие развития ребёнка, в процессе сопровождения будущей матери необходимо учитывать и особенности психического состояния беременной. В первую очередь, это наличие стрессов, депрессивных состояний. Усиление к концу беременности депрессивных состояний прогнозируемо для возникновения как послеродовых депрессий у матери, так и психических нарушений у ребёнка, в основном в сфере общения, а также провоцирует психологические проблемы в подростковом возрасте. [4]

4.3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ БЕРЕМЕННОСТИ

Многие авторы при анализе беременности используют психологический подход и выделяют несколько разных стадий, которые, по их мнению, характерны для эволюции беременности.

В 60-е гг XX в Ж.-Л. Бибринг рассматривала эти стадии в зависимости от «адаптивных задач». Первая стадия, считает она, это **принятие эмбриона** и затем плода как неотъемлемой части себя. Вторая обусловлена тем, что женщине необходимо реорганизовать свои объективные отношения, для того чтобы быть готовой при рождении отделить от себя ребёнка, которого она вынашивала. [8]

В следующем десятилетии Д.Пин выделяет четыре стадии, во время которых происходит корреляция, различная в зависимости от конкретных случаев, между тем, что пережила беременная женщина в прошлом, и соматическими проявлениями протекающей беременности. Сначала, от зачатия до восприятия движения плода, преобладает изменение формы тела. Затем, до конца беременности, все большее внимание уделяется плоду, который, наконец, признается как отдельно существующая реальность. Третья стадия относится к периоду, непосредственно предшествующему родам, и процессу самих родов – разделению двух тел: тела матери и тела ребёнка. И последняя стадия – это время сразу после рождения младенца. [8]

Большинство западных теорий психологии беременности относится к психоаналитической методологии. Одно из направлений психоанализа рассматривает беременность в контексте семейной истории и наследственных факторов, в частности в рамках отношения беременной: **«...хорошая с самого начала мать – это та мать, которая, сумеет привить своей малютке-дочери такие телесные и духовные побуждения, которые отражают её счастье быть матерью дочери. Эти побуждения престижны для ребёнка, они повышают уважение к её женскому полу. Это повышение престижности станет позже подлинной основой её желания иметь ребёнка»**. [5]

«Беременность – это время особого психического состояния, состояния чувствительности или психической прозрачности, в котором фрагменты неосознанного поступают в сознание. Наподобие подросткового возраста, период беременности является, в основном, периодом чрезмерной конфликтности, периодом кризиса созревания, его можно понимать как кризис, который проходит, мобилизуя энергию, пробуждая тревогу и скрытые конфликты, но который представляется также как поиск и вступление в новые области знания». [5]

Психологическая наука в настоящее время располагает данными, согласно которым беременность является сложным психосоматическим феноменом, в своей психологической составляющей содержащим некоторые неоднозначные симптомы, которые могут представлять определенную опасность для психологического благополучия беременной. К их числу необходимо отнести, в первую очередь, **симптом принятия решения** и **симптом дисморфофобии**

беременности, когда происходит перестройка отношения женщины к своему телу, может возникать определенное недовольство изменениями внешнего облика, эмоциональная лабильность также может быть травмирующими симптомом беременности, если женщина не находит понимания у близких или не может адекватно отнестись к изменениям своего настроения. Чрезвычайно важным является скорейшее прохождение женщиной психотравмирующих симптомов синдрома беременности, особенно **симптома принятия решения**, и её концентрация на творческом, позитивно заряженном настрое «Я жду ребёнка», что приведет к смещению психологического акцента с собственных проблем и переживаний на рождение нового человека. Как правило, целенаправленная психологическая поддержка в этот период способствует благополучному прохождению женщиной всех стадий целостного синдрома беременности.[2]

В идеале, к моменту родов будущая мать подходит со значительным, качественно новым для неё «психологическим багажом», который позволяет ей в дальнейшем строить адекватные взаимоотношения с ребёнком и его отцом, определяет конструктивный характер их взаимоотношения по воспитанию и уходу за малышом, наполняет её эмоциональную жизнь материнскими чувствами и удовлетворенностью своей новой ролью.

Психологической целью периода беременности можно считать формирование так называемой «внутренней материнской позиции», которая обеспечивает психологическую готовность к материнству, так же, как внутренняя готовность к школьному обучению обеспечивается принятием «внутренней позиции школьника». Процесс принятия «внутренней материнской позиции» происходит во время беременности, которую можно рассматривать как период перехода к новой социальной позиции – позиции матери. Внутренняя материнская позиция – особая система потребностей, связанных с материнством как общественно значимой деятельностью, создает мотивационную направленность на выполнение материнских функций в ходе беременности, в родах (в виде поведения, ориентированного на сохранение здоровья ребёнка) и после рождения ребёнка. [2]

4.4. ИНДИВИДУАЛЬНАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ

У многих женщин сегодня беременность наступает, когда они уже находятся в состоянии хронического стресса, поэтому очень важно, чтобы первое посещение акушера-гинеколога, по крайней мере, не увеличивало уровень этого стресса, и женщина могла оперативно обследоваться и получить необходимые знания о течении беременности, о своем психологическом состоянии и готовности к нормальным родам. Сохранение психического здоровья беременных и рожениц не менее важно, нежели оказание специализированной акушерско-гинекологической помощи. [6,23]

Таким образом, женская консультация должна стать начальным этапом комплексного пренатального сопровождения, не только определяющим основные

формы медицинского вмешательства и наблюдения, но и ориентирующим будущую мать в психологических аспектах её состояния, формах и целях возможной помощи.

Если собеседник – врач-акушер-гинеколог – понимает и разделяет эмоции будущей роженицы, то это оказывает **большое положительное влияние** на психическое состояние женщины в этот момент. Это бесценная помощь, если учитывать подсознательные процессы, протекающие в данный период. Кроме медицинских обследований и оценки их результатов, такая беседа может помочь выразить неосознанное. Имеется в виду беседа во время **индивидуальной консультации по беременности**, когда врач задает свои профессиональные вопросы, и параллельно идет простая человеческая беседа, положительные стороны которой невозможно отрицать.[18]

Привычная модель консультации врача такова: пациент приходит к специалисту, который должен выявить природу болезни и устранить её. В случае беременности дело обстоит иначе. Беременная женщина несёт в себе не болезнь, а внутренний опыт, который волнует и переполняет её. И этот внутренний опыт надо суметь выразить, он должен стать предметом индивидуальной консультации при беременности. По сути, женщина должна суметь убедительно изложить врачу смысл и реальность того, что она переживает, описать огромную эмоциональную сферу её внутреннего мира.

Одна такая консультация может дать неожиданный благоприятный эффект и способствовать началу сознательной работы женщины над собой, обращению к помощи специалистов или в так называемые «школы для беременных». Во многих случаях целесообразно запланировать такое завершение индивидуальной консультации беременности, при котором пациентка осознает необходимость проведения терапии или некоторой коррекции личной и социальной ситуации. Тогда можно посоветовать женщине обратиться к определенному терапевту или медицинскому психологу.

4.5. ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

В силу множества причин у большинства женщин к моменту наступления первой беременности формируется эмоционально-негативное отношение к родам. Оно возникает в результате сочетания дефицита информации и негативного характера тех культурных эталонов и стереотипов, которые свойственны современной цивилизации.

Оба эти фактора – дефицит информации и представление о неизбежности боли – являются сильными стрессорами, приводят к изменениям в деятельности гипоталамуса и других структур ЦНС и к искажению гормонального фона, необходимого для нормальной родовой деятельности.[14] В последние недели беременности у женщин происходят специфические изменения психического

состояния, характер которых зависит от стиля переживания беременности и отношения к будущему ребёнку. [23]

Рождение ребёнка – очень важное эмоционально насыщенное событие в жизни любой женщины. Успешность родов и здоровье потомства систематически ухудшаются, несмотря на развитие диагностических, фармакологических и хирургических возможностей современной медицины. Обязательное и энергичное участие медицины в процессе вынашивания и рождения ребёнка способствует формированию у женщин пассивной позиции по отношению к собственной беременности и родам, которая является фактором риска развития нарушений психосоматического характера. Связь психического состояния и нарушений репродуктивной функции общепризнанна и осознана врачами очень давно. [15]

Часто возникает боязнь преждевременных родов, мертворождения, особенно если предыдущая беременность окончилась подобным образом. Страх за исход родов для ребёнка является одним из основных источников нервно-психического напряжения у женщин с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом. Многие женщины опасаются родить физически или умственно неполноценного ребёнка. ***Нередко источником тревог такого рода является неосторожное слово врача.*** Наиболее интенсивное стрессовое воздействие на состояние беременной и плода оказывает опасение за здоровье ребёнка и исход беременности в связи с наличием акушерских осложнений, а также семейные конфликты и материально-бытовое неблагополучие. [4]

Все перечисленные феномены должны стать предметом пристального внимания и внутренней работы как самой женщины, так и специалистов, к которым она может быть направлена по рекомендации ведущего её гинеколога. Здесь и снимающие психическую напряженность, формирующие психологические ресурсы преодоления страхов занятия по подготовке к родам, и группы поддержки, которые проводятся для будущих рожениц и их мужей, и гимнастика для беременных, обучение приёмам самомассажа и др.

5. ЖЕНЩИНА В СИТУАЦИИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Кризисное состояние наступает в том случае, если внешние факторы и требования ситуации начинают превышать внутренние ресурсы. В случае «нежелательной» беременности женщины потому так быстро принимают решение об аборте, что возникает ощущение «больше я уже не вынесу». Когда много сил требуется на психологическую защиту личности от кризисной угрозы, любые жизненные изменения воспринимаются как нежелательные, на адаптацию к которым человек не находит сил.

Рисунок 1. Кризисная ситуация по Куценко О.С.



На самом деле вынашивание и рождение ребенка - это действительно коренное изменение всей жизни женщины, это переход на новый жизненный этап. Это кризис в более глубоком понимании сути этого явления. Слово «кризис» греческого происхождения и буквально означает решение, поворотный пункт, исход. В значении слова не содержится потенциальной угрозы или повода для избегания этого состояния всеми возможными способами. Интересно, что в японском языке «кризис» обозначается двумя иероглифами, которые пишутся один под другим. Верхний означает – опасность, а нижний – нереализованные возможности. Каждый человек, попадая в кризисную ситуацию, хорошо видит и осознает верхнюю часть этого айсберга – опасность. Для того, чтобы найти доступ

к скрытым потенциальным возможностям кризиса, необходимы **ресурсы**. Когда не хватает внутренних, требуются внешние. Собственно, основная задача психологической поддержки и помощи в кризисных ситуациях и заключается в обеспечении человека ресурсами. Но трудно передать ресурсы или указать на них. Человек должен сам их найти или открыть для себя. Для этого необходимо снизить воздействие целого комплекса негативных эмоций, которые управляют поведением и решениями женщины: страх, гнев, вина, обида, и пр. Человек в кризисном состоянии вовсе не расположен выслушивать мудрые рациональные слова. Он безнадежно запутался, страдает от страха и тревоги, чувствует беспомощность и бессилие, обычно чувствует, что кризис никогда не кончится и положение никогда не выправится. В кризисном состоянии действует психологический закон «давления эмоций», суть которого заключается в следующем: страх и тревога занимают все пространство души (эмоциональное и когнитивное). Поэтому неэффективны любые методы убеждения: для них просто нет места. Вообще в психологии под работой с кризисными состояниями обычно понимается облегчение эмоционального состояния индивида и выход на конструктивное разрешение ситуации кризиса. Психологическая помощь заключается в ослаблении негативного потока чувств и эмоций путем их проработки, осознания и адекватного выражения.

Тогда может быть открыт доступ к внутренним ресурсам; и, как один из них, появится сила и решимость использовать внешние. Основой ресурсного состояния является **удовлетворение базовых психологических потребностей**: в безопасности, доверии, независимости, способности оказывать влияние на собственную жизнь, уважении, интимности, осмысленности жизни. В ситуации *нежелательной беременности* оказываются нарушенными или ущемленными практически все эти потребности.

Теряется чувство безопасности, так как разрушается защитный механизм «этого не может произойти со мной». Это убеждение на том или ином уровне сознания существует в каждом из нас. Это вера в собственную неуязвимость, прочность, превосходящую обычные законы человеческой судьбы. В определенный момент каждый человек сталкивается с кризисной ситуацией: серьезной болезнью, неудачей на работе, проблемами личной жизни; или, в русле раскрываемой проблемы, женщина воспринимает наступившую беременность как «нежелательную».

Женщина в ситуации нежелательной беременности ощущает, что теряет независимость. Резко возрастает ее потребность в поддержке со стороны партнера, а в случае его пассивного или активного отказа женщина вынуждена искать опору в других людях. Но здесь оказывает воздействие характерный для кризисных состояний **эффект суженного сознания**: кажется, что если самый близкий человек не поддержал, то и никто не поддержит, будет лишь осуждение. Эта установка закрепляется и сниженным самоуважением. Женщина склонна обвинять себя сложившейся ситуации, а потому склонна ожидать неуважительного отношения со стороны окружающих.

Отсутствие или недостаточность внешней социальной поддержки в ситуации кризиса является одним из его ключевых моментов. Причем это отсутствие может быть как объективным, так и субъективно воспринимаемым, следствием суженного или искаженного восприятия. В любом случае женщина чувствует себя одинокой, изолированной. Проработка этого чувства в значительной степени облегчает состояние эмоционального шока или паники. Исследователи факторов, способствующих совладанию с кризисными ситуациями, называют одним из основных наличие рядом человека, который относится с пониманием и доброжелательным вниманием, способен обеспечить заботу и поддержку.

При переходе на новый уровень жизни, на новую ступень развития личности разрушается прежняя модель мира, простроенные и хорошо работающие механизмы совладания и психологической защиты. Картина мира включает определенную иерархию ценностей, социально-психологических установок, принадлежность к определенной социальной группе, и т.п.

Кризис задевает:

- Внешние аспекты жизни (работа и отношения в профессиональном коллективе, положение в обществе; семья и социальные роли, социальные нормы, межличностные и деловые отношения и пр.), все то, что можно выразить следующим образом: как я себя ощущаю среди других людей;
- Внутренние аспекты жизни, или экзистенциальная ситуация (восприятие себя как уникальной личности, ответы на экзистенциальные вопросы - кто я, что я, куда я и зачем).

Женщина, приходя на консультацию в связи с «нежелательной» беременностью, находится под воздействием стихии негативных чувств и эмоций, которые блокируют осознание ею реальности и альтернативных путей разрешения ситуации. Женщина может переживать чувства одиночества, отчужденности, изоляции, отверженности, позора, унижения, вины, страха, гнева, ярости, злости, стыда, самоуничтожения, тревоги, смятения, безнадежности, беспомощности, враждебности, паники, разочарования, отчаяния, сожаления, эмоционального оцепенения. Ни одна женщина не испытывает всех перечисленных эмоций, но часть из них стоят плотной стеной на пути установления контакта и доверия в каждом консультативном случае.

Если контакт с женщиной достаточен для диалога, целесообразно напрямую обратиться к ее переживаниям. Например: «что Вы испытываете (чувствуете) в связи со сложившейся ситуацией?», «что Вы почувствовали, когда узнали о беременности?», «какие чувства Вы испытываете в настоящий момент?».

Если женщина испытывает трудности в осознании и отражении своего эмоционального состояния, можно предложить ей список эмоций и попросить отметить те, которые она переживает.

Здесь же важно подчеркнуть значимость реального диалога в консультировании. Затрагивая чувства пациента, мы прикасаемся к очень болезненным, интимным уголкам его души. Поэтому для поддержания доверия необходима встречная готовность говорить о своих чувствах, а также умение делать это в интересах пациента. Последнее предполагает отражение не всех чувств, а лишь тех, что связаны с ситуацией «здесь и теперь» и могут послужить на благо пациентки.

Переживания, подталкивающие женщину к аборту, можно выразить следующим образом: «если бы этого (беременности) не было, не было бы проблемы, я жила бы как раньше, все наладилось бы». Это достаточно примитивный защитный механизм, аналогичный сказочному хэппи-энду «и после этого они жили долго и счастливо». Но эта защита достаточно сильная, и ее необходимо вскрывать, так как в данном случае «после этого» означает «после аборта». Чувство одиночества, переживаемые женщиной, приводит к регрессивной позиции: поиску неопределенного состояния спокойной беспроblemной жизни. Как будто, если найти это состояние можно было бы перешагнуть в новую жизнь, где нет места горю, печали, обидам, разочарованию. Этот инфантильный защитный механизм препятствует формированию реалистичного взгляда на жизненную ситуацию и зрелого отношения к жизни, в которой всегда что-нибудь случается, и чем больше живешь, тем больше переживаний, которые далеко не всегда бывают приятны, ожидаемы или предсказуемы. Способность сконцентрироваться на актуальных чувствах рождает возможность их принятия и выработки на этой основе альтернативных действий и поведения.

Психологическая поддержка женщины в ситуации репродуктивного выбора помогает ей осознать и принять всю гамму чувств, мобилизовать свою энергию, а не отказываться от активной позиции и ресурсов только исходя из ощущения одиночества и беспомощности.

Выбор «за жизнь» делается на основе любви к жизни, к себе, к окружающим. В ситуации репродуктивного выбора женщине нужна помощь в различении чувства любви к себе и желания избавиться от проблем. В дифференциации большей и меньшей радости. Любовь к будущему ребёнку рождается из любви к себе. Женщина, собирающаяся прерывать беременность, не любит себя, во всяком случае, не любит себя в данной ситуации, потому что не может принять ни себя, ни ребенка. Место любви занимает чувство вины.

В целом, женщина в ситуации репродуктивного выбора испытывает страх значительно чаще, чем осознает это сама или понимают окружающие. Источников, порождающих страх, достаточно: боязнь сделать не то, страх ответственности, наказания, возмездия, осложнений и т.д. Редко женщина сама способна выразить страх. Чаще всего она загоняет его глубоко внутрь, чтобы казаться уверенной. Тактика работы со страхами проста: о них нужно разговаривать. Это могут быть реальные опасения, а могут быть иррациональные. Но и те, и другие управляют поведением женщины. Чтобы это воздействие было осознанным, необходимо признавать, принимать и уважать чувства, испытываемые женщиной. Только когда

страх рассматривается открыто, человек приобретает достаточную смелость, чтобы увидеть его реальное место и значение, и может обрести силу, достаточную для взаимодействия с окружающим миром.

Жизненные примеры, научные и литературные источники показывают, что даже безвыходную ситуацию, которую нельзя устранить или изменить, можно превратить в победу, если рассматривать ее под человеческим углом зрения. Хотя объективно ситуация «нежелательной» беременности не является безвыходной, она воспринимается таковой на уровне субъективных переживаний женщины. Только принимающее отношение специалиста может помочь женщине найти в себе силы для изменения позиции. Безусловно, бывают сложности межличностных отношений, материальные и жилищные трудности, однако именно там, где мы беспомощны и лишены надежды, будучи не в состоянии изменить ситуацию, именно там мы можем измениться сами.

Поэтому так важно разобраться в причинах, подтолкнувших женщину к аборту и помочь ей отреагировать массу негативных переживаний в связи с этим: разочарования, обиды, гнева, вины, страха и пр. Самостоятельно женщине трудно справиться с этими сильными эмоциями. Так как, казалось бы, все решено, «проблемы» нет, переживать нечего, социально переживание утраченного в данном случае не поддерживается. В результате массу негативных неотреагированных чувств женщина загоняет глубоко внутрь. Эти чувства никуда не исчезают, они будут неожиданно прорываться наружу с неадекватной ситуации амплитудой и весьма вероятно в случае следующей беременности, что приведет к повторению желания прервать ее.

Рисунок 2. Характеристики, определяющие категорию случая



6. ПРИНЦИПЫ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКОГО ПСИХОЛОГА ПРИ КОНСУЛЬТИРОВАНИИ ЖЕНЩИН В СИТУАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА (СРВ)

Врачам акушерам-гинекологам рекомендовано направлять женщин, обратившихся за направлением на аборт, к медицинскому психологу на консультацию. С 2012 г. в составе женских консультаций предусмотрены новые специалисты – специалист по социальной работе, медицинские психологи, юристы. По закону, ни одну женщину, обратившуюся с желанием прервать беременность, не направляют на эту процедуру без предварительной беседы с этими специалистами.

В ходе консультирования хороший специалист (специалист по социальной работе, медицинский психолог) должен придерживаться следующих принципов:

1. Специалист не должен уговаривать или убеждать женщину сохранить беременность, он должен помочь женщине шире посмотреть на проблему, выходом из которой она видит аборт. Помочь женщине с оценкой внутренних и внешних ресурсов, чтобы она могла принять взвешенное, осознанное решение. Женщина приходит к медицинскому психологу с какой-то проблемой, которую она сама себе сформировала. Она может что-то преувеличивать, на чем-то заикаться, что-то неправильно понять, ведь она не просто думает над проблемой, она переживает ее, и ей трудно видеть вещи трезво, объективно.
2. Важно знать, что женщины, когда обращаются в женскую консультацию с просьбой о прерывании беременности, часто бывают в серьезном стрессе, и подходить к ним следует как к людям в **кризисной ситуации**. Принять решение об аборте может даже женщина с отрицательным отношением к нему вообще. То есть до и после аборта она может критически относиться к прерыванию беременности и любить детей, но в своей критической, кризисной ситуации – прийти на аборт. И здесь медицинскому психологу важно вернуть женщину к её собственному пониманию этого вопроса.
3. Нужно понимать, что основное, что можно получить в результате беседы с медицинским психологом, это переформулирование проблемы. Часто человек не может глубоко оценить, в чем его проблема и надумывает какие-то последствия сегодняшней ситуации. Например, женщина приходит и говорит, что проблема в том, что она сама не хочет ребенка, но из беседы с психологом выясняется, что у нее проблемы с мужем, и они не решаются просто отсутствием ребенка. Медицинский психолог должен очень точно, очень деликатно выявить и очертить проблему. Сам по себе психолог ситуации не решает. Он не изменит мужа, который сидит дома и не работает, не даст женщине денег. Здесь главное – развернуть внимание женщины в сторону собственной жизни и помочь оценить собственные ресурсы и перспективы. Ресурсом для психолога являются государственные органы, общественные и религиозные организации, куда он может

направить женщину для оказания ей помощи. Иногда специалистам по консультированию удается организовать прием, на котором будет пара, а не одна женщина в стрессе. Вероятность отказа от прерывания беременности в таком случае повышается.

4. Специалист по консультированию в ситуации репродуктивного выбора должен признавать безусловную ценность зародившейся жизни. Иногда только он и может выступить как бы от «имени ребенка». Этот прием лежит в основе ряда техник по работе с женщинами, желающих прервать беременность. И именно эта позиция специалиста движет процесс поиска ресурсов в ходе консультирования. Важно найти новые возможности, которые ребенок принесет в жизнь женщины. Возможности, которые есть у нее в окружении. Важно обеспечить женщине чувство физической и психологической безопасности и найти людей, которые могли бы ее поддержать, особенно в самом начале беременности.
5. Специалист по консультированию в ситуации репродуктивного выбора должен работать на то, чтобы женщина увидела себя матерью этого ребенка, ведь несформированность позиции матери может привести к разным последствиям. Профилактику прерывания беременности можно считать начальным звеном профилактики отказов от новорожденных.

Психологическое консультирование в ситуации репродуктивного выбора – это новый вид практической деятельности медицинских психологов. Аборт – это не просто медицинская операция, это отказ женщины от рождения ребенка. Отказ и от себя как от матери, отказ от своей женственности, отказ от своего материнства. Это очень глубинная, психологическая проблема. Женщины, которые обращаются за прерыванием беременности, говорят только о внешних причинах, которые их толкают к такому выбору. Но на самом деле это самое настоящее девиантное поведение, которое имеет очень глубинные корни. В перинатальной психологии отношение к беременности – это результат отношения к материнству 3-4 поколений женщин в данной семье. Поэтому женщина не может произнести вслух всё то, что её страшит, что её останавливает в своем материнстве. Поэтому так важна профессиональная психологическая работа с этими состояниями женщин.

7. ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВРАЧА АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА В РАБОТЕ С ЖЕНЩИНАМИ В СИТУАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА (СРВ)

Врач, равнодушный к беременной женщине, «глухой» к её проблемам – большая проблема (для женщины, для коллег, для него самого, для общества в целом). Как нельзя более ярко это проявляется в ситуациях взаимодействия с женщинами в ситуации репродуктивного выбора. Привлекает внимание сложность ориентиров в деятельности врача в данной ситуации. С одной стороны: морально-нравственное, ценностное отношение к вопросам жизни человека, а также положения кодекса врачебной этики РФ относительно главной цели профессиональной деятельности врача – сохранения жизни человека (профилактика заболеваний и восстановление здоровья, а также уменьшение страданий при неизлечимых заболеваниях). С другой стороны, в соответствии законодательством об основах охраны здоровья граждан в РФ, право женщины по своему желанию прервать беременность на сроке до 12 недель.

Невозможно обойти или игнорировать данное противоречие. Необходимо более внимательное, вдумчивое, тактичное, ответственное, обоснованное отношение к ситуациям, когда врач взаимодействует с женщиной, решающей вопрос о сохранении или прерывании беременности.

Врач всегда должен помнить, что ежедневно, каждый рабочий день, повседневно соприкасается с ценностью, чудом жизни. Представляет опасность притупление этого чувства сопричастности к тайне зарождения человеческой жизни.

Вопрос типа **«Что Вы планируете относительно беременности?»** в начале приема **неуместен**, поскольку не дает возможности женщине прислушаться к себе, понять себя в диалоге с врачом, актуализирует необходимость решения, тогда, когда женщина еще не разобралась со шквалом противоречивых чувств. Не стоит торопиться с подобным вопросом. Такой вопрос возможен в том случае, когда женщина смогла проговорить свои чувства, страхи, переживания, а также обстоятельства своей жизненной ситуации. Кроме того, необходима пауза для того, чтобы после снижения накала эмоциональных переживаний смогли начать работать другие психологические механизмы – механизмы совладания, поиска ресурсов, обдумывания ситуации. Почувствовав поддержку врача в этой работе, женщина будет чувствовать себя более уверенно. В ситуации репродуктивного выбора женщина находится в хаосе своих переживаний, и ей нужна поддерживающая рука, помогающая в этом поиске. В первую очередь это рука врача. Чтобы женщину не захлестнули негативные переживания, провоцирующие предпочтение прерывания беременности, важно сопровождение поиска решения. В этом деле спешка не нужна.

Следует отметить, что **«неделя тишины»**, даваемая женщине на раздумья относительно решения о беременности, не должна восприниматься как время для подготовки к операции. Фразы типа «Как раз успеете анализы сдать» формируют установку на прерывание беременности.

НЕДОПУСТИМО:

- Если первым поднимет тему аборта врач, если именно врачом инициируется обсуждения возможности или даже необходимости прерывания беременности.
- Критические замечания по поводу наступления беременности.
- Едкие, иронические замечания в адрес женщины и членов её семьи.

ЖЕЛАТЕЛЬНО:

- Искренняя радость по поводу решения женщины сохранить беременность и ожидать появления ребенка на свет.
- Внушение уверенности в способности женщины справиться с трудностями.
- Проговаривание возможности для женщины изменить свое решение о прерывании беременности в любой момент до вмешательства («В любой момент Вы можете передумать, прерывать ли беременность»)
- Серьезное отношение к сомнениям женщины.
- Выяснение степени информированности женщины о процедуре прерывания беременности, возможных осложнениях. Этому способствуют вопросы типа: «Как Вы представляете себе процедуру прерывания беременности?». Необходимость высказаться создает условия для принятия женщиной ответственности за свое решение.

Важно во время приема побудить женщину обратиться на консультацию к психологу или социальному работнику. Врач может обратиться к женщине следующим образом: «На встрече с психологом Вы сможете обсудить свою ситуацию»; «С психологом Вы сможете определить возможности улучшения Вашей ситуации»; «Решение о беременности может определить Вашу жизнь надолго, стоит подумать об этом серьезно».

Если во время приема женщина дезориентирована, растеряна, ждет указаний врача, пытаясь переложить ответственность за принимаемое решение других лиц, то врач может сказать: «Вы растеряны, вы взволнованы (пауза для ответа). Я понимаю, что разные обстоятельства заставляют нас сомневаться в том, какой выбор является правильным. Именно поэтому я предлагаю Вам обратиться к психологу». В некоторых случаях (при инфантилизме женщины, незрелости ее жизненной позиции) пригодна более директивная формулировка: «Вам обязательно нужно проконсультироваться с психологом. Это одно из требований регламента оказания услуг».

Заключение

Проблемы материнства в современном обществе давно уже перестали быть проблемой одной отдельно взятой пары потенциальных родителей. С некоторых пор в России вопросы поддержки материнства стали фактором национальной безопасности.

Для любого здравомыслящего цивилизованного человека очевиден и бесспорен факт, что всякая беременная женщина нуждается в поддержке, заботе, внимании, защите со стороны членов семьи, ближайшего окружения, государства в целом.

Но есть особая категория беременных, мы их называем «кризисными беременными» — это те женщины, которые по тем или иным причинам оказываются на пороге жестокого выбора и начинают склоняться к мысли о том, что возможным выходом из их кризисной ситуации может стать решение о добровольном отказе от чуда материнства. И выход этот они видят для себя в аборте.

На базе женских консультаций города созданы центры и кабинеты кризисной беременности. Задача специалистов центра – помочь женщине принять правильное решение – сохранить беременность. Эффективными мерами борьбы с абортами являются законодательно утвержденные мероприятия: предоставление женщине так называемой «недели тишины» на обдумывание решения, демонстрация сердцебиения плода при ультразвуковом исследовании, а также информирование о возможных негативных последствиях аборта и её здоровья.

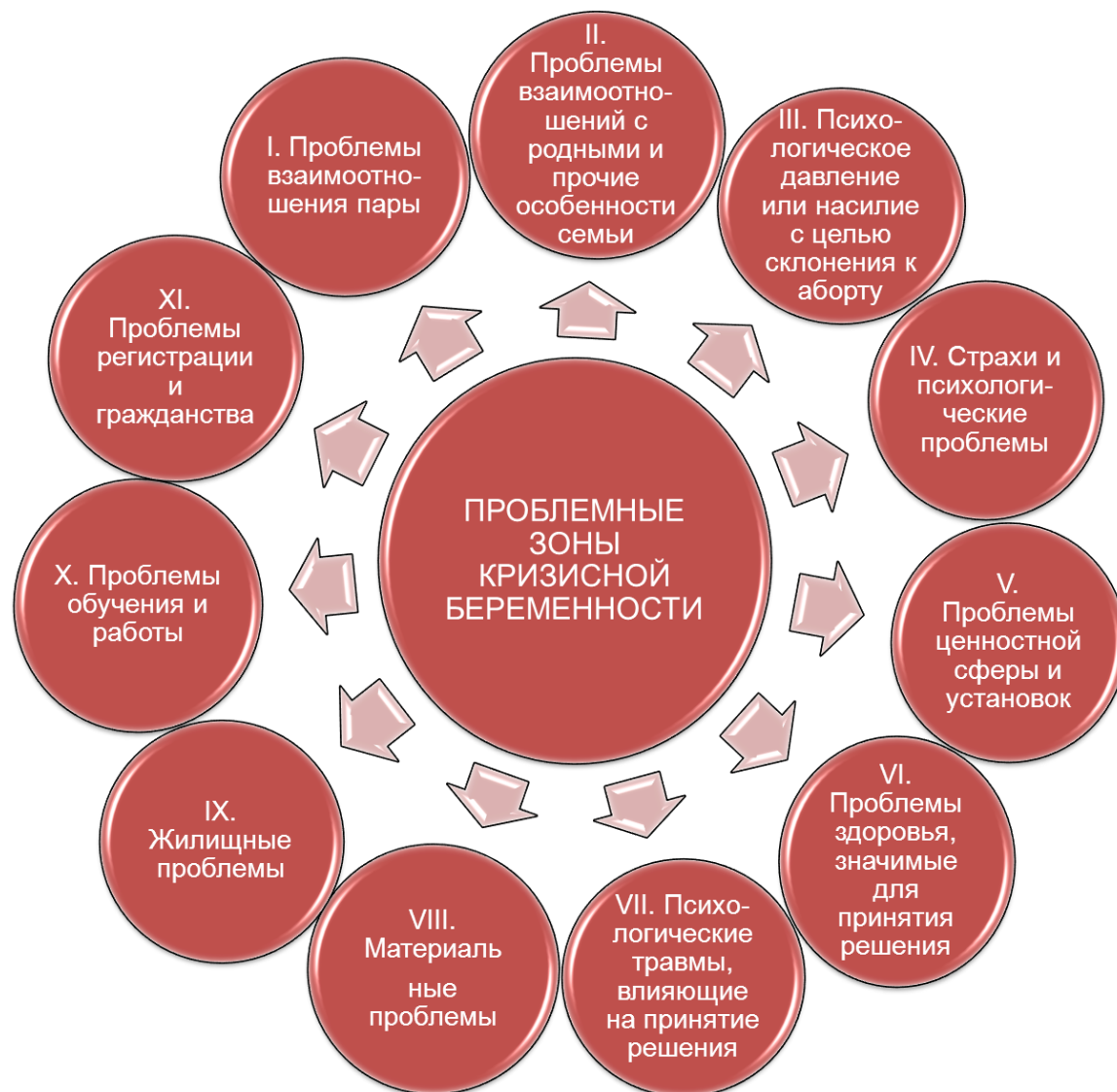
Ежегодно в женских консультациях также проводятся медико-социальные акции и праздничные мероприятия, «круглые столы» с представителями отдела ЗАГС, мероприятия посвященные Недели Матери, Дню семьи, любви и верности. Постоянной стала акция «Подари мне жизнь».

В современном обществе мамами не рождаются – их необходимо воспитывать! Без этого у нашего народа не будет будущего, его вытеснят более демографически стойкие народы, где культ матери прививается с рождения.

Литература:

1. Айвазян Е.Б. Структура содержания динамики внутренней материнской позиции: Монография. – М: Полиграф Сервис, 2007;
2. Айвазян Е.Б., Арина Г.А. «Становление внутренней материнской позиции в период беременности// Дефектология, 2008 - №2;
3. Брутман В.И., Родионова Н.С. Формирование привязанности матери к ребёнку в период беременности// Вопросы психологии, 1997 - №6;
4. Берникова Ю.Л. Возможности психоанализа в терапии беременных// Вестник психоанализа – 2000 - №1;
5. Быдловски М. Психическая проницаемость во время беременности и жизненный долг/ П – 1997;
6. Брехман Г.И., Брехман К.Ш. Психосоматические заболевания детей от желанной и нежеланной беременности: Доклад на конференции по проблемам перинатальной психологии и медицины// Иваново, 21.05.2000.;
7. Винникот Д. Ненависть против переноса//О педиатрии к психоанализу, П – 1971;
8. Бибринг, 1961, Э.Эриксон, 1959 Психоаналитические теории развития//Альманах института коррекционной педагогики;
9. Варга А.Я. Предпосылки девиантного материнского поведения// Психологический журнал – 2000 - №2;
10. Варга А.Я. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери// Журнал практической психологии и психоанализа – 2002 - №3;
11. Журнал Доктор.ру №1 (11) 2003;
12. Куценко О.С. «Аборт или рождение. Две чаши весов» ;
13. Е.Мелибруда Я-Ты-Мы. Психологические возможности улучшения общения//Прогресс. СПб – М:Смысл – 2003;
14. А.П. Николаева Психопрофилактика болей в родах – Л., 1954
15. Перинатальная психология и медицина// Материалы международной конференции
16. Психологическое доабортное консультирование. Методические рекомендации. Москва, 2009.;
17. Равич Р.Д. Письма к будущей матери//М:Айрис-пресс, 2007;
18. Регина Н.Ф. Межведомственный подход к ведению беременности высокого риска и медико-социальное и психолого-педагогическое сопровождение детей с врожденными пороками.// Реформ-Пресс, Москва, 2011;
19. Силкина А.А., Санникова М.К. Синдром «эмоционального выгорания» среди врачей различных специальностей в России и за рубежом//Бюллетень медицинский интернет-конференции 2014, Т.4 №11;
20. Соловьева С.Л. Индивидуальные психологические особенности личности врача//Учебное пособие, СПб, 2001;
21. Смирнова Е.А. Что нужно женщине, которая «уже всё решила». Консультирование в ситуации кризисной беременности. – М.: 2013;
22. Телешевская М.Э. Вопросы врачебной деонтологии, М.: 1978;
23. Филиппова Г.Г. Психология материнства. – М: Издательство Института психиатрии, 2002;
24. Х. Хекхаузен Мотивация и деятельность/СПб – М: Смысл, 2003;

0. ПРОБЛЕМНЫЕ ЗОНЫ



1. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ ПАРЫ



1. РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Проблемы отношений супругов (зарегистрированный брак).

- Обязательно направить на семейную консультацию. Часто хватает одного приема, чтобы гармонизировать отношения супругов настолько, чтобы женщина приняла решение о сохранении беременности. Использовать фразы:
- "Даже в разводе большинство мужчин и женщин вместе занимаются воспитанием ребенка. Тем более что многие супруги продолжают жить вместе после развода или сходятся вновь".
- "Супруги могут помириться, а вот зачать еще раз многие не в состоянии".
- "Как часто Вы ссоритесь? Как долго длятся ссоры?"

2. Проблемы отношений между мужчиной и женщиной вне брака.

- Часто поднимается вопрос о неистинных отношениях между мужчиной и женщиной. Женщины верят, что у них "любовь", "нормальная семья". Поэтому ещё одной причиной аборт является нежелание увидеть правду отношений, между, казалось бы, самыми близкими людьми.
- Желательно разобраться, в чем заключается неистинность отношений в данном случае, дабы избежать повторения ситуации.
- Поддержать женщину, сказав, что ребенок - это не "придаток" мужчины и одиночество ей теперь точно не грозит ("Вас ведь уже двое") что очень много случаев, когда мужчина берет женщину с неродным ребенком и любит его как своего.
- Если отношения начаты недавно и у женщины есть ощущение вынужденности, спешки брака в связи с беременностью, то важно "развести" сам факт беременности, наличия ребенка и свадьбы.

3. Проблемы взаимоотношений пары, встречающиеся как в браке, так и вне брака.

- Важно найти ресурс: "Ты боишься реакции этих людей. А кто, как тебе кажется, тебя поймет, будет мягок, поддержит?"
- Уменьшить страх женщины, переключить ее мысли о тех людях, которых она боится, на людей, которые могут помочь.
- "Что самое страшное может произойти? Могут убить, избить, выгнать из дома?" (Зачастую страх преувеличен).
- У погибшего мужа есть родственники и друзья, которые помогут вырастить ребенка.
- Во всех случаях требуется консультация психолога.

2. ВЗАИМООТНОШЕНИЯ С РОДСТВЕННИКАМИ



2. РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Проблема отношений с родителями или лицами, их заменяющими

- Выявить все возможные ресурсы помощи и поддержки.
- "Кто из родственников, знакомых мог бы оказать тебе помощь и какую именно?"
- "Какие свои неотложные дела можно кому-то делегировать?"
- "К кому можно обратиться с той или иной просьбой?"

2. Проблемы, связанные с имеющимися детьми.

- "Вы думаете, что этот ребенок принесет Вам столько же трудностей, сколько принес старший?" Скорее всего, она так не думает.
- "Можете ли Вы хоть какую-то малость из того, что сделали для старшего ребенка, сделать и для второго?"
- Убедить женщину, что когда она увидит новорожденного ребенка, когда встретит его, то ее радость окупит все затраты и ей захочется о нем заботиться.
- "Представьте себе, что этот ребенок уже родился, и Вы его взяли на руки".
- Если старший ребенок-инвалид, то рождение здорового малыша стало бы для родителей настоящей отдушиной. Они смогли бы познать в полной мере радость материнства и отцовства, почувствовали себя полноценными родителями.

2.4. Отсутствие свободного времени, большая занятость с имеющимися детьми.

- Следует предложить женщине рассмотреть возможность использования помощи няни. В роли няни может выступать родственница или подруга.

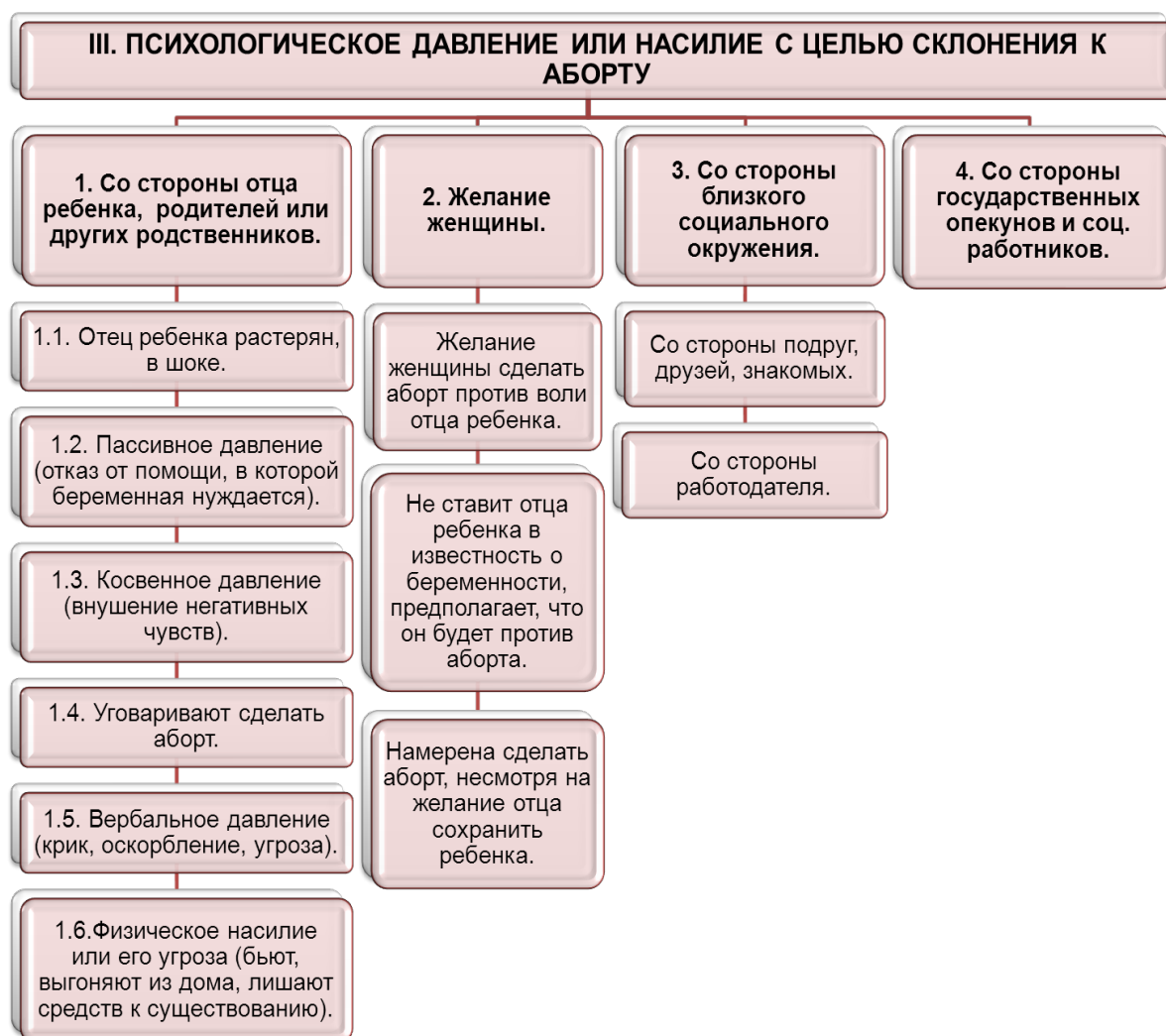
**2.6.
Маленькая
разница в
возрасте
детей.**

- Выделяем преимущества:
 - а) возможность родить их сразу и в дальнейшем уже не отрываться от учебы, работы;
 - б) от первенца остаются вещи: кроватка, коляска, которые можно использовать и не покупать заново;
 - в) чем дольше старший ребенок растет в семье один, тем больше возникает проблем с его эгоизмом при рождении младшего;
 - г) можно предложить детям одинаковые занятия и секции;
 - д) дети общаются друг с другом, что дает маме возможность побольше отдыхать;
 - е) более тесная эмоциональная связь между детьми, сохраняющаяся на долгие годы.
- Следует задать вопрос: "Сколько длится действительно тяжелое время?"

**3. Другие
особенности
семьи,
влияющие на
принятие
решения.**

- "Любви много не бывает? Сердце – такой орган, который может расширяться и вмещать в себя всех рожденных детей. А кто из детей болеет, с кем труднее, того еще больше любишь. Жизнь – такая интересная штука, что нельзя заранее все предусмотреть, предугадать - на то она и жизнь. И там, где сегодня вам видятся одни пугающие трудности, жизнь может обернуться таким источником радости!"

3. ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ДАВЛЕНИЕ



3. РЕКОМЕНДАЦИИ

1.1. Отец ребенка растерян, в шоке.

- Растерянность мужа нужно расценивать, именно, как проявление шоковой реакции на известие о беременности, а вовсе не как его нежелание принять ребенка.
- Рекомендовать женщине подождать, когда мужчина успокоится и привыкнет к беременности.
- Если женщина сама хочет сохранить беременность, то надо строить коммуникацию с мужем, исходя из этого. Помочь мужу справиться с первой шоковой реакцией, пережить ее.

1.2. Пассивное давление (отказ от помощи, в которой беременная нуждается).

1.3. Косвенное давление (внушение негативных чувств).

- Необходимо выявить указанные формы давления и довести до женщины их фактический характер.
- Разграничить отношения к беременности самой женщины и человека, оказывающего давление.
- Давление обычно оказывается на женщин, высказывающих колебания по поводу беременности. Если женщина принимает твердое решение родить, близкие соглашаются с ней.
- Рекомендовать психологическое консультирование, если женщина не может принять решение самостоятельно.
- "В подавляющем большинстве случаев, когда рождается ребенок - родственники его принимают и любят, даже если до родов были против".

1.4. Уговаривают сделать аборт.

1.5. Вербальное давление (крик, угроза).

1.6. Физическое насилие (бьют, выгоняют из дома).

- Сфокусировать внимание женщины на том, что рожать или не рожать - это важное решение, и принимать его следует только исходя из собственного желания.
- Найти ресурсы вместе с женщиной эмоциональной, финансовой, социальной поддержки.
- Нужно различать две вещи: реакцию мужчины, мамы на известие о беременности и их окончательное решение насчет ребенка.
- Продумать вместе с женщиной стратегию поведения в том случае, если угрозы будут осуществлены.
- Направить людей, оказывающих давление, на беседу с психологом.

2. Желание женщины.

- "Представьте ситуацию: Вы с мужем купили в магазине красивый торт и уже предвкушали сладкий ужин. Но по дороге домой муж выбросил этот торт в мусорку. Как Вы отреагируете?"
- "Сейчас Ваш муж в таком же положении. Вы хотите вашу общую драгоценность выбросить в мусорку, даже не поставив мужа в известность или вопреки его воле".

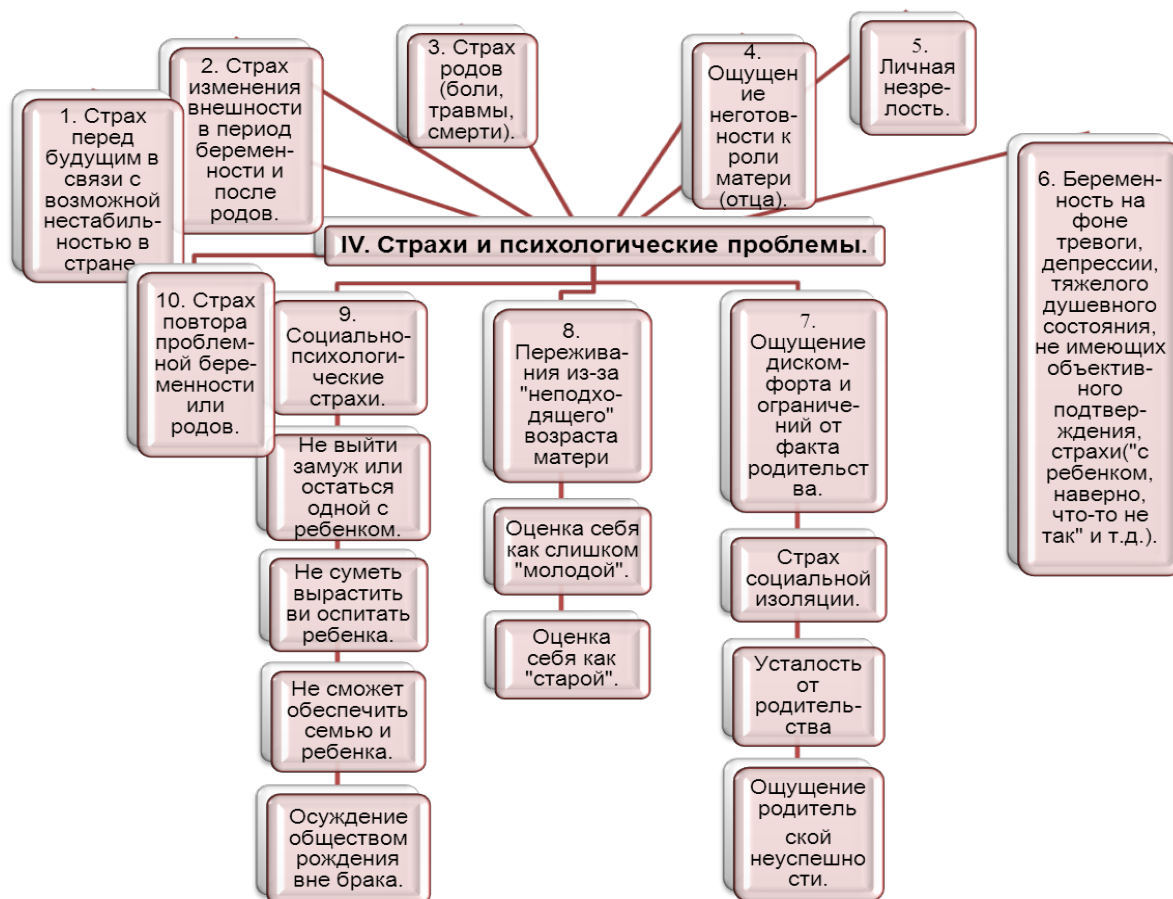
3. Со стороны близкого социального окружения.

- Найти "группу поддержки" в лице тех, кто будет "за женщину" и "за ребенка"!
- "Позвоните по телефону доверия. Сходите к семейному психологу. Обратитесь в Центр поддержки материнства, где вам помогут в решении комплекса проблем – от предоставления бесплатной психологической и юридической помощи до помощи в решении жилищных и материальных проблем."
- Переключить внимание женщины с тех людей, которые могут осудить, на тех людей, которые могут поддержать и помочь, показав, что последних намного больше, чем первых.
- "Ты боишься реакции этих людей, а кто, как вам кажется, поймет, простит, будет мягок, поддержит?"

4. Со стороны гос. опекунов, соц. работников.

- В России паспорт получают в 14 лет, самостоятельно принять решение об аборте девочка может с 15 лет (практика это подтверждает). Значит и решение о рождении своего ребенка девочка может принять тем более!

4. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ И СТРАХИ



4. РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Страх перед будущим всвязи с нестабильностью в стране.

- "Наши бабушки и дедушки в войну детей рожали, за что им большое спасибо".
- Метафизические фразы: "Есть зайка, будет и лужайка", "Бог дал ребенка, Бог даст и на ребенка".

2. Страхи изменения тела и внешности в период беременности и после родов.

- Найти гинеколога, которому будущая мама доверяла бы полностью.
- Очень важно, чтобы этот врач на всех этапах беременности подробно рассказывал, что сейчас происходит с женщиной и что будет происходить в дальнейшем.
- Озаботиться покупкой удобной и красивой одежды для всех этапов беременности, а не ограничиваться одним плохо скроенным джинсовым комбинезоном с 3го по 9ый месяц.
- "При правильном питании лишний вес уйдет, к тому же после родов увеличиваются нагрузки. Также можно заняться фитнесом".

3. Страхи родов (боли, травмы, смерти).

- Нужно переформулировать тревогу женщины.
- Нужно рассказать ей о том, как в норме проходит родовой процесс.
- Предоставить литературу по данной теме.
- Направить в группу по подготовке к родам.
- Бывает просто достаточно слов утешения.
- Рассказать о возможности сопровождения в родов психологом и партнерских родов.

4. Личная незрелость.

- Использовать пупсов и кукол как макеты уже рожденного ребенка. При этом говорить ласково, с улыбкой, уменьшительно-ласкательными словами, объясняя матери, что ребенок может дать ей, поскольку часто в сознании женщин ребенок только забирает.
- Постоянно подчеркивать, что «материнство – это то, чему можно научиться!»
- Предложить литературу, видеофильмы, тренинговые занятия для беременных, где учат чувствовать и любить ребенка, строить с ним конструктивные взаимоотношения.
- Дать женщине брошюру о материнстве.
- Посоветовать посмотреть какие-либо комедии, где главная героиня или герой сначала негативно относились к рождению ребенка, а затем научились любить малыша и ощутили счастье от родительства.

5. Ощущение неготовности к роли матери.

- Направить на психологическую консультацию.
- Посоветовать поговорить со знакомыми, как они решили подобные проблемы.
- Посоветовать информационную литературу по уходу за новорожденным.
- Предложить посетить тематические интернет-сайты.

6. Беременность на фоне тревоги, депрессии, тяжелого душевного состояния. Не имеющие объективного подтверждения страхи ("с ребенком что-то не так" и т.д.).

- Помочь женщине осознать истоки своих страхов перед беременностью и родами (собственный опыт, опыт и рассказы матери, подруг, влияние СМИ и др.)
- Зная первоисточник проблемы, можно будет подбирать решение.

7. Ощущение дискомфорта и ограничений при осуществлении и родительских обязанностей.

- Выслушать жалобу женщины, в чем конкретно она испытывает дискомфорт.
- Сообщить, что это нормально.
- Поговорить о том, что эти чувства не плохи.
- Предложить женщине попробовать совместить ее планы с рождением ребенка.
- Если ребенку есть место в воображении, то велика вероятность, что ему найдется место и в реальности.

8. Переживание по поводу "неподходящего" возраста для рождения ребенка.

- "Ваш возраст вполне подходит для родов".
- Отметить, что беременность протекает благополучно (если это так), и причин для паники нет.
- Привести примеры ее ровесниц, которые успешно родили.
- "У материнства в любом возрасте свои плюсы".
- Поговорить с женщиной о том, что принесет ей рождение ребенка на данном этапе ее жизни.
- Создать положительное восприятие ее будущего ребенка.

**9. Социально -
психологическ
ие страхи.**

- Чаще всего такие страхи бывают у женщин, которые хотят стать идеальными мамами. Но где-то в глубине души они уже понимают, что идеала не существует. И поэтому заранее беспокоятся и переживают, что не справятся. Это связано с отсутствием опыта: женщине представляется материнство как суперпроект или сверхсложная задача в ее жизни. Но на самом деле все намного проще, ведь с рождением ребенка рождается мама!

**10. Страхи
повторения
пережитой
проблемной
беременности
или родов.**

- Нужно дать женщине возможность рассказать о том, что она пережила.
- В данной ситуации не поможет, что с кем-то "так бывает". Подобное утешение она воспримет, как обесценивание ее переживаний.
- "Та проблемная беременность осталась в прошлом. Вы уже ее пережили, данная беременность - другая.
- Необходимо женщину направить на обследования, которые помогут спрогнозировать риск повторения осложнений. "Я понимаю, как тяжело Вам дался ребенок, сколько всего пришлось Вам пережить. Теперь Вы боитесь, что это может повториться. Но перед тем, как принять бесповоротное решение, сходите туда-то и сдайте такие-то анализы".
- Посоветовать поискать врача, взаимодействие с которым ее бы устроило.
- "Вы не обречены на повторение тех страданий, которые пережили при прошлой беременности".
- "В результате тяжелой беременности у Вас появился ребенок, которого Вы любите". "Были ли Ваши страдания напрасными?" "Как Вы представляете жизнь без этого ребенка?" "Материнство связано с болью, но любая боль проходит, ребенок остается".

5. ПРОБЛЕМЫ ЦЕННОСТНОЙ СФЕРЫ И УСТАНОВОК



5. РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Жесткие установки относительно родительства

- В качестве аргумента можно использовать наличие первого ребенка. Ведь в воспитании как сына, так и дочери, важно не вырастить из малыша эгоиста. Старший сын или дочь смогут заботиться о младшем братике или сестричке. Это воспитает в ребенке такие важные качества, как забота, ответственность, сострадание, сотрудничество, способность к коммуникации.

1.5. На обязательную "желанность" ребенка, только запланированную беременность

- Сказать: "Это нормальная реакция на неожиданное известие".
- Предложить обсудить жизненную ситуацию женщины, чтобы разобраться, есть ли что-то действительно несовместимое с рождением ребенка.
- Терпеливо расспросить женщину о том, какие она видит для себя трудности в том, чтобы сохранить данную беременность.
- Спросить, как ей придется изменить свою жизнь, от чего отказаться, что на время отложить.
- Лучше рассуждать не о желанности беременности или нежеланности, а о готовности или неготовности принять себя в новом качестве.
- Пройдет еще немного времени, мама почувствует первые шевеления малыша, и уже совсем по-другому будет относиться к своему состоянию и своему ребенку. И нежеланный ребенок будет любимым и желанным.

2. Приоритет иных планов перед рождением ребенка.

- Задать вопросы:
- "Можно ли просто отложить то, что запланировано?"
- "Можно ли совместить это с беременностью?"
- "Что для Вас все-таки важнее?"
- "Является ли сегодняшняя ситуация совершенно неподходящей или можно пересмотреть свои планы? Что-то сделать побыстрее?"
- "Есть ли идеальные ситуации для рождения ребенка?"
- Проговорить следующие меморанды:
- "Жизнь никогда не поддается контролю на 100%".
- "Рождение ребенка можно откладывать очень долго, все время будет что-то мешать".
- "Часто бывает так, что неожиданные события, которые ломают наши планы, приносят нам, помимо проблем, новые возможности, которые мы даже не могли себе представить".
- Также следует обратить внимание на постабортные осложнения, которые могут нарушить планы женщины сейчас отложить и забеременеть через полгода.

**3. Нежелание
быть
родителями.**

- Скорее всего, за этим скрываются психологические травмы, полученные в детстве. В этом случае следует направить женщину на консультацию к семейному психологу.
- "Как Вы представляете свою жизнь через 10 лет? Через 20?" Очень трудно остаться в старости без поддержки детей.

**4. Преступила
национальны
е традиции,
культурные
установки
своего
народа.**

- "Вы находитесь сейчас здесь, в России, а в этой стране родить ребенка не является преступлением".
- "Вы можете сохранить жизнь ребенку, выносить его, живя в России и отказаться от него в роддоме. Таких детей усыновляют сразу же, существует очередь. На родине ничего не узнают об этом".

6. ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ



6. РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Проблемы здоровья и развития внутриутробного ребенка.

- При выявлении порока развития у плода дальнейшая тактика ведения беременности зависит от многих факторов. Совместим ли порок с жизнью? Можно ли оперативным или другим путем вылечить ребенка. Каково будущее качество жизни ребенка, не грозит ли ему инвалидизация? Какова средняя продолжительность жизни при данном пороке. Какие методы лечения могут быть применены в России, а какие - только за рубежом.
- Биохимические тесты позволяют всего лишь предполагать наличие пороков развития плода.
- Необходимо ведение обязательного здорового образа жизни.

1.4. Диагностируемая патология, совместимая с жизнью (Синдром Дауна).

- На основании оценки скрининговых тестов можно сделать вывод о необходимости дальнейшего обследования женщины, но не о целесообразности прерывания беременности у нее!
- НЕ следует полагать, что эти детки какие-то "дебилы". Они очень привязаны к своим родителям и опекунам, не способны на подлость. За рубежом очень любят усыновлять даунят и более того, на их усыновление существуют очереди!
- Посоветовать женщине информационный ресурс <http://солнечные-дети.рф>.

2. Проблемы здоровья и заболеваний у женщин и мужчин.

- Вич-инфекция не является медицинским показанием к прерыванию беременности. Женщины с установленным диагнозом наблюдаются акушером-гинекологом совместно с инфекционистом территориального центра ВИЧ/СПИДа.
- Необходимости в какой бы то ни было изоляции инфицированных беременных и их младенцев нет!
- Качество здоровья детей значительно повышается при соблюдении беременными женщинами рекомендаций врачей.
- Уже во время беременности возможно проведение эффективных лечебных мероприятий.
- Антивирусные препараты ВИЧ-инфицированным пациентам отпускаются бесплатно.
- Ребенок, рожденный от ВИЧ-инфицированной матери, может быть здоровым.

3. Наличие риска наследственных заболеваний.

- Беременной женщине помогает система здравоохранения. Специалисты в области медицинской генетики начинают консультирование будущих родителей еще до зачатия, заранее определяя уровень риска появления маленького человека с наследственной патологией. Будущим родителям ни в коем случае не стоит пренебрегать посещением медико-генетической консультации.
- Самопроизвольные аборт на ранних сроках беременности не случайность. Это и есть эволюционная защита, цель которой – рождение жизнеспособного потомства.

4. Воздействие вредных факторов.

- В нашей стране действует официальный документ — СанПиН 2.2.0555-96 (Санитарные правила и нормы) «Гигиенические требования к условиям труда женщин», который содержит перечень химических веществ, способных оказывать негативное действие на репродуктивную функцию. В нем содержится 156 химических веществ. В соответствии с Трудовым кодексом беременную женщину должны переводить на работу, не связанную с вредными условиями труда, вне зависимости от того, на частном или государственном предприятии она работает. Не стоит пренебрегать этим правом.
- Беременной женщине лучше жить в сельской местности, на даче, подальше от выбросов промышленных предприятий и самых опасных загрязнений воздуха, связанных с автотранспортом. Но если у вас нет такой возможности, выбирайте места для прогулок в городе подальше от магистралей, особенно в вечернее время, потому что именно тогда концентрация вредных выбросов в воздухе выше всего.
- Улучшить качество воды помогут всевозможные фильтры. Самое главное — не забывать их регулярно менять, потому что там могут скапливаться частицы тяжелых металлов, и фильтр сам может стать источником вреда.
- Контроль за содержанием вредных веществ в пищевых продуктах, как правило, осуществляется отделами питания Госсанэпиднадзора, поэтому не стоит покупать в магазине продукты, на которые продавец не может предоставить гигиенический сертификат. И совершенно исключена, например, покупка свежего мяса или рыбы не на рынке, где их качество проверено, а на улице.
- Отдавать предпочтение в обустройстве квартиры натуральным материалам, например, дереву.
- Если техника работает постоянно, она может оказать неблагоприятное воздействие на мать и плод, поэтому не стоит подолгу сидеть у работающей СВЧ-печи или за компьютером и часами говорить по сотовому телефону. Несмотря на все уверения производителей в их безопасности ученые продолжают следить за влиянием этих предметов на здоровье человека, поэтому окончательные выводы делать еще рано.
- Исключить алкогольную, никотиновую, наркотическую зависимости, стрессы.

7. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ТРАВМЫ



7. РЕКОМЕНДАЦИИ

1.1. Жестокое обращение в родительской семье.

- Смотрите рекомендации в случае психологического давления со стороны родственников.

1.2. Асоциальная родительская семья.

- У подростков из пьющих семей часто выявляются разного рода расстройства, с характерологических реакций. Их поведение носит детерминантный характер, они нуждаются в психологической поддержке. Квалифицированный психолог проводит с такими детьми индивидуальную беседу, на основе которой он составляет программу по коррекции поведения. Эти подростки страдают от переживаний, возникающих на фоне страха и обиды, беспокойности и неуверенности. Своевременная психологическая помощь обеспечивает подростку им социальную адаптацию, учит контролировать свое поведение и чувства.

1.3 Малообеспеченная родительская семья.

- Основной мотив: "Станьте не бедной! Заработайте. Сделайте карьеру!"
- Финансовые трудности являются в большинстве случаев только поверхностным поводом для аборта, который как бы не стыдно предъявить окружающим. Ведь бытует представление, что дети — это дорогое удовольствие, их заводят, когда уже встанут на ноги. Конечно, иногда к психологу обращаются действительно малообеспеченные женщины, часто это трудовые мигранты или жители отдаленных бедных деревень. Но для них часто существенной помощью оказывается вовсе не психологическая, а элементарная материальная, в виде посылок с детской одеждой, даже не новой, а б/у. Если люди хотят сохранить свою незапланированную беременность, они находят деньги на ребенка.
- Дать контакты благотворительных организаций.

2. Травмирующий опыт собственного материнства.

- Важно осознать, что горе — это процесс функциональной необходимости, а не слабости личности, как некоторые считают. В ситуациях, связанных с утратой, бывает полезно ведение дневника "Путешествие через Горе". Он является важным шагом на пути психологического восстановления.
- Смотрите материал на тему "Страхи повторения пережитой проблемной беременности или родов."
- Если беременность наступила в период внутреннего кризиса, то, если женщина находит в себе силы преодолеть текущий кризис, ее победа над собой и обстоятельствами ознаменовывается как раз решением принять новую жизнь. Но это очень трудоемкий выход, требующий большой внутренней работы. Меж тем, зачастую препятствия, мешающие принять зачатого ребенка, оказываются поверхностными, просто нужно отказаться от каких-то старых представлений. Многие рожают «не смотря на»: жизненные обстоятельства, которые мешают появлению нового члена семьи; на глубокие страхи, которые часто принимают вид голоса разума; на травматический опыт близких, не дающий испытать чистую радость родительства."

3. Зачатие в ситуации изнасилования.

- Самые серьезные препятствия для эффективной помощи — стыд и чувство вины у жертвы, осознающей себя поруганной и открытой для насмешек и издевательств.
- Аборт вместо облегчения причинит женщине тяжкий ущерб. "При беременности от изнасилования нет никаких психиатрических доказательств, даже теоретических, терапевтического эффекта аборта. В таких случаях он, если и облегчает жизнь, то не жертве, а окружающим" (Reardon.Aborted Women).
- Жертва изнасилования нуждается в материальной, психологической и духовной поддержке, чтобы преодолеть чувство стыда и вины, выносить ребенка и должным образом позаботиться о нем, оставив у себя или передав для усыновления.

4. Влияние отрицательного опыта других лиц, информации из ТВ, интернета о беременности и родах.

- Чтобы не бояться отрицательных эмоций, а сотрудничать с ними, необходимо обозначить их. Существует несколько способов:
- *Пишем.* Возьмите лист бумаги и напишите, что вас тревожит. Ниже напишите, что можно сделать в этой ситуации. Так вы найдете выход и поверите в вероятность ее счастливого завершения. Оторвите ту часть, где описаны ваши негативные эмоции, сложите ее пополам, и еще раз напишите то же самое. Складывайте лист до тех пор, пока на нем возможно писать. Оставшийся маленький комочек нужно выбросить, а часть с решением проблемы почаще просматривать.
- *Рисуем.* "Если трудно выразить эмоции словами — нарисуйте их! Рисовать можно чем угодно — красками, карандашами, фломастерами, маркерами, мелками. Можно рисовать под музыку, которая вам нравится. Изобразите свое эмоциональное состояние. Если вы хотите снять такую эмоцию, как агрессия или обида, рисуйте, сильно надавливая на лист бумаги (лучше всего рисовать руками!). По мере того как вам будет все меньше хотеться давить на лист, ваша эмоция будет ослабевать. Теперь рассмотрите рисунок и решите, как с ним поступить. Если он не нужен — значит и со своими переживаниями вы готовы расстаться. Рисунок можно порвать, смять, сжечь или выбросить — на ваше усмотрение.
- *Общаемся.* Обсуждайте свои эмоции с людьми, готовыми поддержать вас. Хорошо, если вы сможете пообщаться с другими будущими мамами. Не просто делитесь своими проблемами, но и выслушивайте проблемы других. Вы увидите, что отрицательные эмоции испытываете не только вы. Учитесь открыто говорить о своих проблемах, отпустите свои эмоции во внешний мир, не держите их в себе.

5. ПТСР Посттравматический стресс, расстройство.

- Признаком посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) является то, что человек продолжает испытывать стресс, даже когда его причина ушла в прошлое. Необходима консультация психотерапевта.
- Из психотерапевтической помощи эффективна когнитивно-поведенческая психотерапия.

8. МАТЕРИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ



8. РЕКОМЕНДАЦИИ

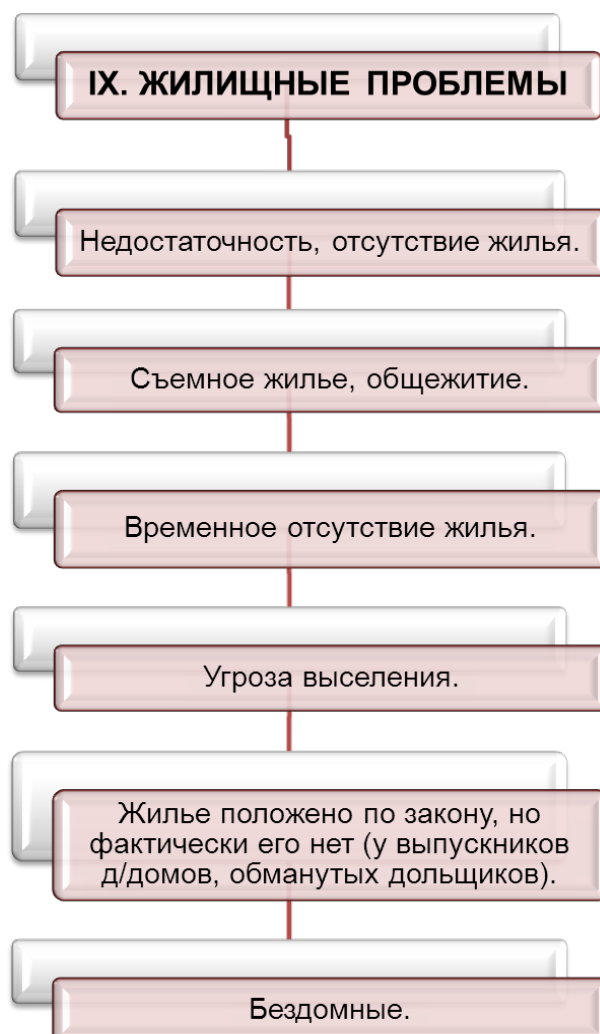
1. Имеющиеся материальные затруднения.

- За фразой «материальные трудности» могут скрываются совершенно иные мотивы: психологическая неготовность к рождению ребенка, нежелание брать на себя ответственность и многие другие.
- Важно оценить, насколько реальны жалобы на низкий материальный достаток.
- Есть ситуации, когда женщина просто не в состоянии родить ребенка – ей самой нечего есть. Тогда нужно оказывать реальную продуктовую, денежную, вещевую помощь. (Направить в Центры кризисной беременности). Часто после предложения помощи женщины решают вопрос в пользу сохранения беременности. Для них ребенок ценен, они хотят его родить, но им страшно.
- Часто ребенок воспринимается как «существо, которое разоряет своих родителей». Культура потребления в обществе формирует стереотипы типа «ребенка иметь очень дорого». Но проблема в том, что таким образом люди зачастую просто прикрывают собственное легкомыслие и халатное отношение к деньгам.
- Как правило, женщине грозит не голодная смерть, а потеря привычного уровня комфорта. Страшна не сама жизненная ситуация, а отношение к ней, а это причина психологического, а не материального плана. Важно помочь женщине осознать, что жертвуя материальным благополучием, она приобретает нечто большее. Необходимо акцентировать ее внимание на позитивных сторонах материнства.

2. Материальные затруднения, из-за потери доходов в период ухода за ребенком.

- Здесь помогает опрос родственников о возможной финансовой поддержке на ограниченный срок.
- Привлечение сотрудников из общественных организаций, услуги которых бесплатны.

9. ЖИЛИЩНЫЕ ПРОБЛЕМЫ



9. РЕКОМЕНДАЦИИ

IX. Жилищные проблемы.

- Необходимо направить женщину в общественные организации, которые помогают женщинам с детьми решить жилищные проблемы (помогают сделать временную прописку, предоставляют временное проживание в приюте "Мать и Дитя").
- Направить к бесплатному юристу.
- Направить в администрацию встать в очередь на получение жилья.

10. ПРОБЛЕМЫ ОБУЧЕНИЯ И РАБОТЫ



10. РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Осложнение возможности получить образование в связи с рождением ребенка.

- "Насколько страшно будет то, что Вы выполните намеченное не в этом году, а через 3 года?"
- "Доводилось ли Вам ранее попадать в ситуации, в которых Вы вынуждены были не по своей воле резко менять образ жизни, что-то откладывать, к чему-то приспосабливаться?"
- "Были ли среди этих ситуаций такие, которые со временем успешно разрешались?"
- "Что чувствовали в самом начале?" "Как со временем менялось отношение? Какие чувства в конце, когда то, что сначала казалось не разрешимым, осталось позади?"
- "Если последний курс, то "это же здорово! И диплом и ребенок!"

2. Проблемы работающих женщин.

3. Временное или постоянное отсутствие работы.

- Направить на профессиональное консультирование (личная психологическая консультация необходима тем безработным, которые находятся в состоянии депрессии).
- Направить на консультацию к юристу при необходимости получения юридической помощи.
- Постановка на учёт в службу занятости.
- Подбор курсов переобучения.
- Участие в оплачиваемых общественных работах.

11. ПРОБЛЕМЫ РЕГИСТРАЦИИ



11. РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Проблемы с регистрацией, пропиской.

2. Проблемы с гражданством (отсутствие, трудности получения).

3. Нелегальное проживание в стране.

- Направить в общественные организации, которые помогают женщинам с детьми.
- "Вы такой же гражданин как и все граждане РФ....независимо от прописки. Наблюдать по беременности Вас будут"
- "Если у Вас есть хотя бы вид на жительство, то Вы уже в будущем можете получать государственные пособия на ребенка"
- Общероссийский полис можно получить без регистрации, нужен только паспорт
- Главное - полис, который действует на всей территории РФ
- "По Российскому законодательству и приказу Министерства здравоохранения (ст. 17 "Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан") беременная женщина имеет право бесплатно наблюдаться в любой женской консультации, находящейся в любом населенном пункте нашей страны, вне зависимости от ее прописки (регистрации), гражданства и полиса ОМС."

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. КОДЕКС ВРАЧЕБНОЙ ЭТИКИ

I. Врач и общество

1. Предметом особой заботы государства и общества являются обеспечение, сохранение жизни и здоровья граждан. Полноценная охрана здоровья народа и обеспечение условий, позволяющих ему достойно существовать и развиваться, являются критериями нравственной политики государства. В осуществлении этой социальной задачи большая роль принадлежит врачу, его профессиональной деятельности и нравственной позиции.
2. Главная цель профессиональной деятельности врача (практика и ученого) – сохранение жизни человека, профилактика заболеваний и восстановление здоровья, а также уменьшение страданий при неизлечимых заболеваниях. Свои обязанности врач выполняет, следуя голосу совести, руководствуясь клятвой Гиппократов, принципами гуманизма и милосердия, документами мирового сообщества по этике, ст. 41 Конституции России и Законом РФ "О праве граждан на охрану здоровья и медицинскую помощь".
3. Врач несет всю полноту ответственности за свои решения и действия. Для этого он обязан систематически профессионально совершенствоваться, памятуя, что качество оказываемой больным помощи никогда не может быть выше его знаний и умений. В своей деятельности врач должен использовать последние достижения медицинской науки, известные ему и разрешенные к применению Минздравом РФ.
4. Мотивы материальной, личной выгоды не должны оказывать влияния на принятие врачом профессионального решения.
5. Врач не должен принимать поощрений от фирм-изготовителей и распространителей лекарственных препаратов за назначение предлагаемых ими лекарств.
6. Врач должен при назначении лекарств строго руководствоваться медицинскими показаниями и исключительно интересами больного.
7. Как в мирное, так и в военное время врач должен оказывать медицинскую помощь любому в ней нуждающемуся независимо от возраста, пола, расы, национальности, вероисповедания, социального положения, политических взглядов, гражданства и других немедицинских факторов, включая материальное положение.
8. Врач должен добросовестно выполнять взятые на себя обязательства по отношению к учреждению, в котором он работает.
9. Врачи, обучающие студентов и молодых специалистов, своим поведением и отношением к исполнению своих обязанностей должны быть примером, достойным подражания.
10. Врач обязан доступными ему средствами (через газеты, журналы, радио, телевидение, беседы и пр.) пропагандировать здоровый образ жизни, быть примером в соблюдении общественных и профессиональных этических норм.
11. Врач может заниматься какой-либо иной деятельностью, если она совместима с профессиональной независимостью, не унижает достоинства врача и не наносит ущерба пациентам и его врачебной деятельности.
12. В соответствии со ст. 41 Конституции Российской Федерации в условиях государственных лечебно-профилактических учреждений врач оказывает пациентам помощь бесплатно.
13. Право на частную практику врача регулируется законом.

14. Бесплатное лечение других врачей и их ближайших родственников, а также вдов и сирот является долгом российского врача и элементом профессиональной нравственности.
15. Гуманные цели, которым служит врач, дают ему основание требовать законной защиты его личного достоинства, достаточного материального обеспечения, создания условий для осуществления профессиональной деятельности как в мирное, так и в военное время.
16. Участвуя в организационных (предусмотренных законодательством РФ) формах протеста, врач не освобождается от обязанности обеспечивать необходимую медицинскую помощь пациентам, находящимся под его наблюдением.
17. Врач обязан содействовать врачебным объединениям и ассоциациям, активно участвуя в их работе, а также выполняя их поручения.
18. За свою врачебную деятельность врач прежде всего несет моральную ответственность перед больным и медицинским сообществом, а за нарушение законов Российской Федерации – перед судом. Но врач прежде всего должен помнить, что главный судья на его врачебном пути – это его собственная совесть.
19. Контроль за соблюдением врачебной этики осуществляют профессиональные ассоциации и созданные при них этические комитеты (комиссии).
20. Российская медицинская ассоциация и ее этический комитет (ЭК) отстаивают и защищают в СМИ, обществе (государстве) и в суде честь и достоинство врача, если коллегиально принято такое решение.

II. Врач и пациент

1. Врач отвечает за качество оказываемой пациентам медицинской помощи. В своей работе он обязан руководствоваться законами Российской Федерации, действующими нормативными документами для врачебной практики (медицинскими стандартами), но в рамках этих предписаний, учитывая особенности заболевания, выбирать те методы профилактики, диагностики и лечения, которые сочтет наиболее эффективными в каждом конкретном случае, руководствуясь интересами больного. При необходимости врач обязан воспользоваться помощью своих коллег.
2. Врач не должен подвергать пациента неоправданному риску, а тем более использовать свои знания в негуманных целях. При выборе любого метода лечения врач прежде всего должен руководствоваться заповедью "Non nocere!".
3. За исключением случаев неотложной помощи, когда он обязан предпринимать меры, не усугубляющие состояние больного, врач имеет право отказаться от лечения больного, если уверен, что между ним и пациентом нет необходимого взаимного доверия, если чувствует себя недостаточно компетентным или не располагает необходимыми для проведения лечения возможностями. В этих и подобных случаях врач должен принять все меры к информированию об этом соответствующего органа здравоохранения и порекомендовать больному компетентного специалиста.
4. Врач должен уважать право пациента на выбор врача и участие в принятии решений о проведении лечебно-профилактических мер. Добровольное согласие пациента на лечение врач обычно получает при личном разговоре с больным. Это согласие должно быть осознанным, больной должен быть

непрерывно информирован о методах лечения, о последствиях их применения, в частности о возможных осложнениях, других альтернативных методах лечения. Проведение лечебно-диагностических мероприятий без согласия пациента разрешено только в случаях угрозы для жизни и здоровья пациента и неспособности его адекватно оценивать ситуацию. Желательно решение в подобных случаях принимать коллегиально. При лечении лиц, страдающих психическими заболеваниями, врач должен руководствоваться Законом РФ "О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании". При лечении ребенка врач обязан предоставлять полную информацию его родителям или опекунам, получить их согласие на применение того или иного метода лечения или лекарственного средства.

5. Врач должен уважать честь и достоинство пациента, относиться к нему доброжелательно, уважать его права на личную тайну, с пониманием воспринимать озабоченность родных и близких состоянием больного, но в то же время он не должен без достаточных на то профессиональных причин вмешиваться в частные дела пациента и членов его семьи.
6. Если пациент не способен осознанно выразить свое согласие, его должен выразить законный представитель или лицо, постоянно опекающее пациента.
7. Пациент имеет право на исчерпывающую информацию о состоянии своего здоровья, но он может от нее отказаться или указать лицо, которому следует сообщать о состоянии его здоровья. Информация может быть скрыта от пациента в тех случаях, если имеются веские основания полагать, что она может нанести ему серьезный вред. Однако по четко выраженному пациентом требованию врач обязан предоставить ему полную информацию. В случае неблагоприятного прогноза для больного необходимо проинформировать его предельно деликатно и осторожно, оставив надежду на продление жизни, на возможный благоприятный исход.
8. По желанию пациента врач не должен препятствовать реализации его права на консультацию другим врачом.
9. Самореклама при общении врача с больным недопустима.
10. При совершении ошибки или развитии в процессе лечения непредвиденных осложнений врач обязан проинформировать об этом больного, в необходимых случаях – орган здравоохранения, старшего коллегу и немедленно приступить к действиям, направленным на исправление вредных последствий, не дожидаясь указаний на это.
11. При отборе больных, требующих проведения сложных профилактических, диагностических и особенно лечебных мероприятий (например, трансплантации органов и др.), врачи, вынужденно устанавливающие очередность в оказании помощи, должны исходить из строгих медицинских показаний и принимать решения самостоятельно, а лучше коллегиально, с участием членов этического комитета (комиссии).
12. Врачебную практику врач может осуществлять только под собственной фамилией, не используя псевдоним и не указывая не присвоенных официально титулов, степеней, званий.

III. Коллегиальность врачей

1. В течение всей жизни врач обязан сохранять уважение и чувство благодарности к тому, кто научил его искусству врачевания.

2. Врач обязан охранять честь и благородные традиции медицинского сообщества. Врачи должны относиться друг к другу с уважением и доброжелательностью.
3. Врач не вправе публично ставить под сомнение профессиональную квалификацию другого врача или каким-либо иным образом его дискредитировать. Профессиональные замечания в адрес коллеги должны быть аргументированными, сделаны в неоскорбительной форме, желательно в личной беседе, прежде чем о них будет проинформировано медицинское сообщество или вопрос будет вынесен на обсуждение этического комитета (комиссии). Медицинское сообщество обязано оказывать помощь врачу в восстановлении его профессиональной репутации.
4. В трудных клинических случаях опытные врачи должны давать советы и оказывать помощь менее опытным коллегам в корректной форме. Но за процесс лечения всю полноту ответственности несет только лечащий врач, который вправе принять рекомендации коллег или от них отказаться, руководствуясь при этом исключительно интересами больного.
5. Врачи-руководители научных и лечебных учреждений обязаны заботиться о повышении профессиональной квалификации своих коллег-подчиненных.
6. Врачи обязаны с уважением относиться к другому медицинскому и вспомогательному персоналу учреждения, постоянно заботясь о повышении его квалификации.

IV. Врачебная тайна

1. Каждый пациент имеет право на сохранение личной тайны, и врач, равно как и другие лица, участвующие в оказании медицинской помощи, обязан сохранять врачебную тайну даже после смерти пациента, а также и сам факт обращения за медицинской помощью, если больной не распорядился иначе.
2. Тайна распространяется на все сведения, полученные в процессе обращения и лечения больного (диагноз, методы лечения, прогноз и др.).
3. Медицинская информация о пациенте может быть раскрыта:
 - по ясно выраженному письменному согласию самого пациента;
 - по мотивированному требованию органов дознания, следствия, прокуратуры и суда;
 - если сохранение тайны существенным образом угрожает здоровью и жизни пациента и (или) других лиц (опасные инфекционные заболевания);
 - в случае привлечения к лечению других специалистов, для которых эта информация является профессионально необходимой.
4. Врач должен следить за тем, чтобы лица, принимающие участие в лечении больного, также соблюдали профессиональную тайну.
5. Лица, пользующиеся правом доступа к медицинской информации, обязаны сохранять в тайне все полученные о пациенте сведения.
6. В процессе научных исследований, обучения студентов и усовершенствования врачей должна соблюдаться врачебная тайна. Демонстрация больного возможна только с его согласия.

V. Научные исследования и биомедицинские испытания

1. Перед началом биомедицинских исследований, в том числе апробации новых лекарственных средств, биологически активных добавок, способов обследования и методов лечения, врач должен получить согласие на их проведение этического комитета (комиссии или ученого совета) учреждения с утверждением плана (протокола) предполагаемого исследования, в котором должны быть четко определены цели и этические аспекты, ход эксперимента, возможные осложнения.
2. Испытуемый после ознакомления с целями, методами, потенциальной пользой и возможным риском должен дать свое явно выраженное письменное согласие на участие в исследовании, которое по желанию пациента может быть беспрепятственно на любом этапе денонсировано им.
3. В отношении пациентов, не способных дать осознанное согласие на участие в исследовании, согласие должно быть получено в письменной форме от родителей или другого законного представителя – юридически ответственного лица. Подобные исследования могут проводиться только в интересах спасения жизни, восстановления или поддержания здоровья исследуемого, без нанесения ему вреда, ухудшения здоровья и течения имеющегося заболевания.
4. Биомедицинские исследования на людях могут проводиться врачами в следующих случаях:
 - если они служат улучшению здоровья пациентов, участвующих в эксперименте;
 - если они вносят существенный вклад в медицинскую науку и практику;
 - если результаты предшествующих исследований и данные научной литературы не свидетельствуют о риске развития осложнений.
5. Биомедицинские исследования на людях должны проводиться квалифицированными в научном плане врачами-исследователями под наблюдением компетентных специалистов. Исследователи обязаны прервать испытание в случаях появления признаков, опасных для жизни и здоровья испытуемого. Испытания на беременных женщинах, плодах и новорожденных запрещаются.
6. Испытатели обязаны застраховать свою ответственность на случай причинения неумышленного вреда здоровью испытуемых.
7. В экспериментах на животных врач-исследователь должен соблюдать принципы гуманности, облегчая по мере возможности их страдания, стремиться к сокращению числа экспериментальных животных в максимально возможной степени.
8. О результатах своих исследований врач после оформления авторского права на открытие, изобретение и другое должен через доступные ему средства профессиональной информации оповестить своих коллег.
9. Врачи, особенно руководители научных коллективов, в научных публикациях должны строго соблюдать авторские права. Включение себя без достаточных оснований в авторский коллектив, либо умалчивание фамилий лиц, активно участвовавших в исследованиях, является нарушением принципов профессиональной этики.

VI. Помощь больным в терминальном состоянии

1. Врач должен приложить все усилия к тому, чтобы обеспечить больному необходимую медицинскую помощь в экстремальных условиях.
2. Врач не должен прибегать к эвтаназии, равно как и привлекать к ее исполнению других лиц, но обязан облегчить страдания больных, находящихся в терминальном состоянии, всеми доступными, известными ему и разрешенными способами.
3. Вопрос о прекращении реанимации, особенно в случаях, если нет энцефалографических подтверждений полного прекращения мозговой деятельности, следует по возможности решать коллегиально.
4. Врач должен способствовать пациенту в осуществлении его права воспользоваться духовной поддержкой служителя любой религиозной конфессии.

VII. Трансплантация, репродукция, геном человека

1. Действия врача, его морально-этическая ориентация при трансплантации человеческих органов и тканей, вмешательстве в геном человека, в репродуктивную функцию определяются этико-правовыми и законодательно-нормативными актами РФ, Российской медицинской ассоциации и Всемирной организации здравоохранения.
2. Врач не должен эти области науки и практики использовать для извлечения личной финансовой выгоды.

VIII. Информация и реклама

1. Врач не должен участвовать в рекламировании средств и методов профилактики, диагностики, лечения и особенно лекарственных препаратов, не разрешенных к применению федеральными органами здравоохранения, равно как и наркотических средств, алкоголя, табачных изделий.
2. Публикации медицинского характера, выступления врачей на научных форумах, просветительская деятельность в прессе, на радио и телевидении должны быть безупречными в этическом плане, ограничиваться объективной научно-практической информацией и не содержать элементов недобросовестной конкуренции, рекламы и саморекламы.
3. Врач обязан сообщать в Фармакологический государственный комитет МЗ РФ или в Федеральный центр по изучению побочных действий лекарств МЗ РФ о наблюдаемых им всех неизвестных, нежелательных побочных действиях лекарственных препаратов.
4. В информационных мероприятиях, организованных с участием фирм-производителей лекарственных средств и медицинской техники, врач должен, прежде всего, ориентироваться на информационные цели и лично не проводить рекламную работу среди больных по покупке указанных средств до их государственной регистрации в установленном порядке.
5. В интересах обеспечения жизни и здоровья граждан России врач не должен пропагандировать и применять в целях профилактики и лечения методов и средства оккультно-мистического и религиозного характера.

IX. Врачебные справки

Врачебные справки врач может выдать только в соответствии с действующими законодательными, нормативно-методическими и инструктивными документами.

Настоящий кодекс действует на всей территории Российской Федерации и обязателен для всех врачей, входящих в Российскую медицинскую ассоциацию, ее региональные отделения (филиалы), а также профессиональные объединения, признавшие Кодекс врачебной этики официально. Врач, не входящий в профессиональные ассоциации, объединения, может лично принять Кодекс врачебной этики и руководствоваться им в своей профессиональной деятельности.

Материал был одобрен Всероссийским Пироговским съездом врачей 7 июня 1997 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

МЕТОДИКА ДИАГНОСТИКИ УРОВНЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ В.В.БОЙКО

Методика позволяет диагностировать ведущие симптомы «эмоционального выгорания» и определить, к какой фазе развития стресса они относятся: «напряжения», «резистенции», «истощения». Опираясь на смысловое содержание и количественными показателями, подсчитанными для разных фаз формирования синдрома «выгорания», можно дать достаточно объемную характеристику личности, оценить адекватность эмоционального реагирования в конфликтной ситуации, наметить индивидуальные меры

Методика состоит из 84 суждений, позволяющих диагностировать три симптома «эмоционального выгорания»: напряжение, резистенцию и истощение. Каждая фаза стресса, диагностируется на основе четырех характерных для нее симптомов.

Фаза стресса	№	СИМПТОМ
НАПРЯЖЕНИЕ	1	Переживание психотравмирующих обстоятельств
	2	Неудовлетворенность собой
	3	«Загнанность в клетку»
	4	Тревога и депрессия
РЕЗИСТЕНЦИЯ	1	Неадекватное эмоциональное реагирование
	2	Эмоционально-нравственная дезориентация
	3	Расширение сферы экономики эмоций
	4	Редукция профессиональных обязанностей
ИСТОЩЕНИЕ	1	Эмоциональный дефицит
	2	Эмоциональная отстраненность
	3	Личностная отстраненность (деперсонализация)
	4	Психосоматические и психовегетативные нарушения

Инструкция. Прочтите суждения и в случае согласия отвечайте «Да», а в случае несогласия – «Нет».

Текст опросника

1. Организационные недостатки на работе постоянно заставляют нервничать, переживать, напрягаться.
2. Сегодня я доволен своей профессией не меньше, чем в начале карьеры.
3. Я ошибся в выборе профессии или профиля деятельности (занимаю не свое место).
4. Меня беспокоит то, что я стал хуже работать (менее продуктивно, качественно, медленнее).
5. Теплота взаимодействия с партнерами очень зависит от моего настроения – хорошего или плохого.
6. От меня как профессионала мало зависит благополучие партнера.
7. Когда я прихожу с работы домой, то некоторое время (часа 2-3) мне хочется побыть наедине, чтобы со мной никто не общался.
8. Когда я чувствую усталость или напряжение, то стараюсь поскорее

решить проблемы партнера (свернуть взаимодействие).

9. Мне кажется, что эмоционально я не могу дать партнерам того, что требует профессиональный долг.

10. Моя работа притупляет эмоции.

11. Я откровенно устал от человеческих проблем, с которыми приходится иметь дело на работе.

12. Бывает, я плохо засыпаю (сплю) из-за переживаний, связанных с работой.

13. Взаимодействие с партнерами требует от меня большого напряжения.

14. Работа с людьми приносит мне все меньше удовлетворения.

15. Я бы сменил место работы, если бы представилась возможность.

16. Меня часто расстраивает то, что я не могу должным образом оказать партнеру профессиональную поддержку, услугу, помощь.

17. Мне всегда удается предотвратить влияние плохого настроения на деловые контакты.

18. Меня очень огорчает, если что-то не ладится в отношениях с деловым партнером.

19. Я настолько устаю на работе, что дома стараюсь общаться как можно меньше.

20. Из-за нехватки времени, усталости или напряжения часто уделяю внимание партнеру меньше, чем положено.

21. Иногда самые обычные ситуации общения на работе вызывают раздражение.

22. Я спокойно воспринимаю обоснованные претензии партнеров.

23. Общение с партнерами побудило меня сторониться людей.

24. При воспоминании о некоторых коллегах по работе или партнерах у меня портится настроение.

25. Конфликты или разногласия с коллегами отнимают много сил и эмоций.

26. Мне все труднее устанавливать или поддерживать контакты с деловыми партнерами.

27. Обстановка на работе мне кажется очень трудной, сложной.

28. У меня часто возникают тревожные ожидания, связанные с работой: что-то должно случиться, как бы не допустить ошибки, смогу ли я сделать все как надо, не сократят ли и т. д.

29. Если партнер мне неприятен, я стараюсь ограничить время общения с ним или меньше уделять ему внимания.

30. В общении на работе я придерживаюсь принципа: «не делай людям добра, не получишь зла».

31. Я охотно рассказываю домашним о своей работе.

32. Бывают дни, когда мое эмоциональное состояние плохо сказывается на результатах работы (меньше делаю, снижается качество, случаются конфликты).

33. Порой я чувствую, что надо проявить к партнеру эмоциональную отзывчивость, но не могу.

34. Я очень переживаю за свою работу.

35. Партнерам по работе отдаешь внимания и заботы больше, чем получаешь от них признательности.

36. При мысли о работе мне обычно становится не по себе: начинает колоть в области сердца, повышается давление, появляется головная боль.

37. У меня хорошие (вполне удовлетворительные) отношения с непосредственным руководителем.

38. Я часто радуюсь, видя, что моя работа приносит пользу людям.

39. Последнее время (или как всегда) меня преследуют неудачи на работе.
40. Некоторые стороны (факты) моей работы вызывают глубокое разочарование, повергают в уныние.
41. Бывают дни, когда контакты с партнерами складываются хуже, чем обычно.
42. Я разделяю деловых партнеров (субъектов деятельности) на приятных и неприятных.
43. Усталость от работы приводит к тому, что я стараюсь сократить общение с друзьями и знакомыми.
44. Я обычно проявляю интерес к личности партнера помимо того, что касается дела.
45. Обычно я прихожу на работу отдохнувшим, со свежими силами, в хорошем настроении.
46. Я иногда ловлю себя на том, что работаю с партнерами автоматически, без души.
47. На работе встречаются настолько неприятные люди, что невольно желаешь им чего-нибудь плохого.
48. После общения с неприятными партнерами у меня бывает ухудшение психического и физического самочувствия.
49. На работе я испытываю постоянные физические и психические перегрузки.
50. Успехи в работе вдохновляют меня.
51. Ситуация на работе, в которой я оказался, кажется безысходной.
52. Я потерял покой из-за работы.
53. На протяжении последнего года были жалобы (была жалоба) в мой адрес со стороны партнеров.
54. Мне удастся беречь нервы благодаря тому, что многое происходящее с партнерами я не принимаю близко к сердцу.
55. Я часто с работы приношу домой отрицательные эмоции.
56. Я часто работаю через силу.
57. Прежде я был более отзывчивым и внимательным к партнерам, чем теперь.
58. В работе с людьми руководствуюсь принципом: не трать нервы, береги здоровье.
59. Иногда иду на работу с тяжелым чувством: как все надоело, никого бы не видеть и не слышать.
60. После напряженного рабочего дня я чувствую недомогание.
61. Контингент партнеров, с которыми я работаю, очень трудный.
62. Иногда мне кажется, что результаты моей работы не стоят тех усилий, которые я затрачиваю.
63. Если бы мне повезло с работой, я был бы более счастлив.
64. Я в отчаянии оттого, что на работе у меня серьезные проблемы.
65. Иногда я поступаю со своими партнерами так, как не хотел бы, чтобы поступали со мною.
66. Я осуждаю партнеров, которые рассчитывают на особое снисхождение, внимание.
67. Чаще всего после рабочего дня у меня нет сил заниматься домашними делами.
68. Обычно я тороплю время: скорей бы рабочий день кончился.
69. Состояния, просьбы, потребности партнеров обычно меня искренне волнуют.
70. Работая с людьми, я обычно как бы ставлю экран, защищающий

меня от чужих страданий и отрицательных эмоций.

71. Работа с людьми (партнерами) очень разочаровала меня.
72. Чтобы восстановить силы, я часто принимаю лекарства.
73. Как правило, мой рабочий день проходит спокойно и легко.
74. Мои требования к выполняемой работе выше, чем то, чего я достигаю в силу обстоятельств.
75. Моя карьера сложилась удачно.
76. Я очень нервничаю из-за всего, что связано с работой.
77. Некоторых из своих постоянных партнеров я не хотел бы видеть и слышать.
78. Я одобряю коллег, которые полностью посвящают себя людям (партнерам), забывая о собственных интересах.
79. Моя усталость на работе обычно мало сказывается (никак не сказывается) в общении с домашними и друзьями.
80. Если представляется случай, я уделяю партнеру меньше внимания, но так, чтобы он этого не заметил.
81. Меня часто подводят нервы в общении с людьми на работе.
82. Ко всему (почти ко всему), что происходит на работе, я утратил интерес, живое чувство.
83. Работа с людьми плохо повлияла на меня как профессионала – обозлила, сделала нервным, притупила эмоции.
84. Работа с людьми явно подрывает мое здоровье.

Обработка и интерпретация данных

1. Определите сумму баллов отдельно для каждого из 12 симптомов «выгорания». Для этого выпишите название четырех шкал по каждому из симптомов. Обнаружив совпадение ответов с ключом, оцените тем количеством баллов, которое указано рядом с номером вопроса в графе «Б». Каждая шкала включает семь вопросов и максимальное количество баллов равно 30.

2. Подсчитайте сумму показателей симптомов для каждой из 3-х фаз формирования симптома «выгорания». Для этого сложите результаты по четырем шкалам каждой фазы в отдельности.

3. Найдите итоговый показатель синдрома «эмоционального выгорания», подсчитав сумму показателей всех 12 симптомов.

Ключ

НАПРЯЖЕНИЕ

Переживание психотравмирующих обстоятельств													
№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б
1+	2	13+	3	25+	2	37-	3	49+	10	61+	5	73-	5
Неудовлетворенность собой													
2-	3	14+	2	26+	2	38-	10	50-	5	62+	5	74+	3
«Загнанность в клетку»													
3+	10	15+	5	27+	2	39+	2	51+	5	63+	1	75-	5
Тревога и депрессия													
4+	2	16+	3	28+	5	40+	5	52+	10	64+	2	76+	3

РЕЗИСТЕНЦИЯ

Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование													
№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б
5+	5	17-	3	29+	10	41 +	2	53+	2	65+	3	77+	5
Эмоционально-нравственная дезориентация													
6+	10	18-	3	30+	3	42+	5	54+	2	66+	2	78-	5
Расширение сферы экономии эмоций													
7+	2	19+	10	31-	2	43+	5	55+	3	67+	3	79-	5
Редукция профессиональных обязанностей													
8 +	5	20+	5	32+	2	44-	2	56+	3	68+	3	80+	10

ИСТОЩЕНИЕ

Эмоциональный дефицит													
№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б	№	Б
9+	3	21+	2	33 +	5	45-	5	57 +	3	69-	10	81+	2
Эмоциональная отстраненность													
10 +	2	22 +	3	34-	2	46+	3	58 +	5	70+	5	82+	5
Личностная отстраненность (деперсонализация)													
11+	5	23 +	3	35+	3	47+	5	59+	5	72+	2	83 +	10
Психосоматические и психовегетативные нарушения													
12+	3	24 +	2	36+	5	48 +	3	60+	2	72+	10	84+	5

Предложенная методика дает подробную картину синдрома «эмоционального выгорания». Показатель выраженности каждого симптома колеблется в пределах от 0 до 30 баллов:

9 баллов и меньше – несложившийся симптом,

10-15 баллов – складывающийся симптом,

16 и более – сложившийся симптом.

Симптомы с показателями 20 и более баллов относятся к доминирующим в фазе или всем синдроме «эмоционального выгорания»

В каждой стадии стресса возможна оценка от 0 до 100 баллов. Однако сопоставление полученных баллов по фазам не правомерно, так как не свидетельствует об их относительной роли или вкладе в синдром. Дело в том, что измеряемые в них явления существенно разные – реакция на внешние и внутренние факторы, приемы психологической защиты, состояние нервной системы.

По количественным показателям правомерно судить только о том, насколько каждая фаза сформировалась в большей или меньшей степени:

36 и менее баллов фаза не сформировалась,

37-60 баллов – фаза в стадии формирования,

61 и более баллов – сформировавшаяся фаза.

При интерпретации результатов можно рассмотреть следующие вопросы

- какие симптомы доминируют;
- какими сложившимися и доминирующими симптомами сопровождается «истощение»;

• объяснимо ли «истощение» (если оно выявлено) факторами профессиональной деятельности, вошедшими в симптоматику «выгорания», или субъективными факторами;

- в каких направлениях надо влиять на производственную обстановку,

чтобы снизить нервное напряжение;

- какие признаки и аспекты поведения самой личности подлежат коррекции, чтобы «эмоциональное выгорание» не наносило ущерба ей, профессиональной деятельности и партнерам.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. ЮРИДИЧЕСКАЯ СПРАВКА

Консультирование перед абортом является обязательным компонентом качественного оказания медицинской помощи женщинам при обращении в медицинские организации по поводу нежелательной беременности.

Известие о беременности ставит женщину перед необходимостью быстро, в короткие сроки принять решение – сохранить или прервать её. В связи с этим психологическое состояние женщины можно расценивать как «кризис», который в психологии определяют так: это обстоятельства, требующие от человека серьезного пересмотра собственных представлений о себе и окружающем мире за относительно короткий промежуток времени.

Согласно Федеральному закону РФ от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» женщине предоставлено право самостоятельно решать вопрос о материнстве.

Приказом Минздрава России от 12.11.2012 г. №572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» врачу (или другому медицинскому работнику) **рекомендуется направить беременную в кабинет медико-социальной помощи женской консультации или в центр медико-социальной поддержки беременных женщин, оказавшихся в трудной жизненной ситуации** для консультирования психологом (медицинским психологом, специалистом по социальной работе). При отсутствии такого центра консультирование проводит медицинский работник с высшим или средним медицинским образованием, прошедший специальное обучение.

Некоторые категории женщин могут особо нуждаться в психологической помощи, даже не осознавая этого. К ним относятся женщины с низким материальным достатком (возможно, они не знают о той поддержке, которую оказывает государство многодетным, молодым матерям, семьям с детьми); безработные беременные женщины, испытывающие насилие в семье или подвергшиеся противоправным действиям, незамужние, несовершеннолетние, не имеющие постоянного места жительства, оказавшиеся без паспорта, страхового полиса, гражданства РФ и т.д.

В доброжелательной деликатной форме врачу необходимо выяснить причины настоящей нежелательной беременности и отказа от рождения ребенка и в зависимости от конкретной ситуации направить женщину к соответствующему специалисту (медицинскому психологу, специалисту по социальной работе, правоохранительным службам, юристу, терапевту и др.).

Каждый из указанных специалистов решает вопросы в пределах своей компетенции. Психолог выясняет психологические факторы отказа от рождения и, в случае возможности их устранить, помогает женщине это сделать. Специалист по социальной работе ведет социальное сопровождение беременной женщины,

содействует в оформлении документов по получению пособий при рождении ребенка, информирует органы социальной защиты населения обо всех выявленных беременных, находящихся в социально опасных условиях, для оказания им социальной поддержки.

Согласно 323-ФЗ женщине предоставляется время для принятия решения о прерывании беременности:

- Не ранее 48 часов с момента обращения: при сроке 4-7 и 11-12 недели, но не позднее окончания 12 недели беременности;
- Не ранее 7 дней с момента обращения при сроке 8-10 недели беременности.

Данное положение является обязательным для исполнения на всей территории РФ во всех медицинских организациях государственной, муниципальной, частной форм собственности.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4. ПРИКАЗ 210Н

Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

от 7 апреля 2016 года N 216н

Об утверждении формы информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины

В соответствии со статьями 20 и 56 Федерального закона от 21 ноября 2011 года N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст.6724; 2012, N 26, ст.3442, 3446; 2013, N 27, ст.3459, 3477; N 30, ст.4038; N 39, ст.4883; N 48, ст.6165; N 52, ст.6951; 2014, N 23, ст.2930; N 30, ст.4106, 4244, 4247, 4257; N 43, ст.5798; N 49, ст.6927, 6928; 2015, N 1, ст.72, 85; N 10, ст.1403, 1425; N 14, ст.2018; N 27, ст.3951; N 29, ст.4339, 4356, 4359, 4397; N 51, ст.7245; 2016, N 1, ст.9, 28) приказываю:

- 1. Утвердить форму информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины согласно приложению.**
- 2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 17 мая 2007 года N 335 "О рекомендуемом образце информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности при сроке до 12 недель" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 11 октября 2007 года, регистрационный N 10308).**

Министр В.И.Скворцова

Зарегистрировано в Министерстве юстиции

**Российской Федерации 4 мая 2016 года,
регистрационный N 42006**

**ПРИЛОЖЕНИЕ 5. ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ ОСНОВЫ УЛУЧШЕНИЯ
ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РОССИИ. РЕАЛИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСА МЕР
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И СНИЖЕНИЮ ЧИСЛА ИСКУССТВЕННЫХ ПРЕРЫВАНИЙ
БЕРЕМЕННОСТИ (АБОРТОВ)**

1. Указ Президента РФ от 07 мая 2012 г №606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации»;
2. Указ Президента РФ от 09 октября 2007 г №1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г»;
3. План мероприятий по реализации в 2011 – 2015 гг. Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г. Утвержден распоряжением Правительства Российской Федерации от 10 марта 2011 г №367-н;
4. Концепция государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 г. Утверждена распоряжением Правительства Российской Федерации от 25 августа 2014 г №1618-р;
5. План мероприятий на 2015-2018 гг по реализации первого этапа Концепции государственной семейной политики Российской Федерации до 2025 года. Утвержден Распоряжением Правительства Российской Федерации от 09.04.2015 №607-р;
6. Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 г №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
7. Информированное добровольное согласие на проведение искусственного прерывания беременности в сроке до 12 недель;
8. Приказ от 01 июня 2007 г №389 «О мерах по совершенствованию организации деятельности кабинета медико-социальной помощи женской консультации»;
9. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий). Утвержден Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 г. №572-н;
10. Методическое письмо «Психологическое доабортное консультирование» Утверждено Министерством здравоохранения и социального развития РФ от 13.10.2010 г. №15-0/10/2-9162;
11. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 07 апреля 2016 г. №216-н Информированное добровольное согласие на проведение искусственного прерывания беременности по желанию женщины.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6. МОНИТОРИНГ КОНСУЛЬТАЦИЙ ПСИХОЛОГА В СИТУАЦИИ РЕПРОДУКТИВНОГО ВЫБОРА (СРВ)

Форма для мониторинга

Врач акушер-гинеколог _____

№	Дата (направлен а на консультацию)	Ф.И.О.	Выдано направление к психологу в СРВ (+) или (-)	Проведена консультация психолога в СРВ (+/-)	Исход беременности (аборт/Учёт) А/У

ПРИЛОЖЕНИЕ 7. ПРИКАЗ №389

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ**

от 1 июня 2007 года N 389

**О мерах по совершенствованию организации медико-социальной
помощи в женских консультациях**

**Документ не нуждается в госрегистрации Министерства юстиции Российской
Федерации.**

**Письмо Минюста России от 27.06.2007 N 01/6281-АБ
(Информация из Минюста России на 4 июля 2007 года).**

В соответствии с утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 года N 321 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 8, ст.2898; 2005, N 102, ст.162; 2006, N 19, ст.2080) и в целях совершенствования организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению в женской консультации приказываю:

1. Утвердить:

- Положение об организации деятельности кабинета медико-социальной помощи женской консультации согласно приложению №1.
- Положение об организации деятельности социального работника кабинета медико-социальной помощи женской консультации согласно приложению №2.

2. Рекомендовать руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации использовать настоящий приказ при организации оказания первичной медико-санитарной помощи населению в женской консультации.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра В.И. Стародубова.

Министр М.Зурабов

Приложение N 1
к приказу Минздравсоцразвития России от 1 июня 2007 года N 389

ПОЛОЖЕНИЕ
об организации деятельности кабинета медико-социальной
помощи женской консультации

1. Кабинет медико-социальной помощи женской консультации (далее — кабинет) создается с целью реализации медико-социальных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья женщин, их медико-социальную защиту, поддержку, профилактику и снижение заболеваемости, формирование устойчивых стереотипов здорового образа жизни.
2. Кабинет является структурным подразделением женской консультации.
3. Руководство деятельностью кабинета осуществляется руководителем женской консультации.
4. Объем медико-социальной помощи, оказываемой кабинетом, определяется руководителем женской консультации.
5. Деятельность кабинета осуществляется в соответствии с законодательными актами Российской Федерации, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации и иными нормативными правовыми актами.
6. Кабинет функционирует на основе взаимосвязи со структурными подразделениями (кабинетами) женской консультации, учреждениями социальной защиты населения, лечебно-профилактическими учреждениями и иными организациями.
7. Основными функциями кабинета медико-социальной помощи являются:
 - медико-социальный патронаж беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке, выявление факторов социального риска у женщин для благополучного завершения беременности;
 - оказание медико-психологической помощи женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности;
 - осуществление мероприятий по предупреждению аборт, проведение консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности, формирование у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшая поддержка в период беременности;

- социально-психологическая помощь несовершеннолетним, направленная на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовка к семейной жизни, ориентация на здоровую семью;
- медико-психологическая и социальная помощь женщинам-инвалидам, особенно в части формирования репродуктивного поведения;
- социальная помощь бездетным супружеским парам;
- профилактика насилия в семье: консультативно-психологическая и медико-социальная помощь женщинам, пострадавшим от сексуального насилия.

8. Кабинет ведет учетную и отчетную документацию в установленном порядке и представляет отчет о своей деятельности руководителю женской консультации.

9. Структура и штаты кабинета устанавливаются в зависимости от численности прикрепленного контингента, характера и объема работы. В штат кабинета могут входить социальный работник, психолог/ медицинский психолог, юрисконсульт.

**Приложение N 2
к приказу Минздравсоцразвития России от 1 июня 2007 года N 389**

**ПОЛОЖЕНИЕ
об организации деятельности социального работника кабинета
медико-социальной помощи женской консультации**

1. Настоящее Положение регулирует деятельность социального работника кабинета медико-социальной помощи женской консультации (далее — социальный работник).
2. На должность социального работника женской консультации назначаются специалисты, получившие высшее образование по специальности «социальная работа».
3. Социальный работник в своей деятельности руководствуется законодательными актами Российской Федерации, нормативными правовыми актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации и иными нормативными правовыми актами.
4. Социальный работник подчиняется руководителю женской консультации или его заместителю.
5. Основными функциями социального работника являются:
 - оказание социально-правовой помощи женскому населению в соответствии с задачами, определенными Положением об организации работы кабинета медико-социальной помощи женской консультации согласно приложению №1;
 - внедрение в практику современных методов социальной работы;
 - участие в совещаниях, научно-практических конференциях врачей, психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников;
 - взаимодействие с различными общественными, профессиональными и иными организациями.
 - оформление в установленном порядке учетно-отчетной документации;
 - повышение своей квалификации по специальности.